

UNIVERSITE DE MONTPELLIER  
FACULTE DE MEDECINE

N° 10

# APPENDICITE ET FIÈVRE TYPHOÏDE (Erreur de Diagnostic)

## THESE

Présentée et publiquement soutenue  
devant la Faculté de Médecine de Montpellier

le 22 décembre 1943

PAR

**MAHMOUD ABID**

né le 5 janvier 1913, à Korba (Tunisie)

DIPLOMÉ D'HYGIÈNE SOCIALE  
DIPLOMÉ DE MÉDECINE COLONIALE ET TROPICALE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

|                                   |   |                                           |   |                   |
|-----------------------------------|---|-------------------------------------------|---|-------------------|
| <i>Examineurs<br/>de la Thèse</i> | { | MM. JANBON, <i>professeur, président.</i> | { | <i>Assesseurs</i> |
|                                   |   | BOULET, <i>professeur.</i>                |   |                   |
|                                   |   | ROUX, <i>agrégé.</i>                      |   |                   |
|                                   |   | BERT, <i>agrégé.</i>                      |   |                   |

IMPRIMERIE DE LA PRESSE  
3, rue Jardin-Martel, 3  
MONTPELLIER

1943



**ABID (Mahmoud). -**

Appendicite et fièvre typhoïde.  
(Erreur de diagnostic). — *Mont-*  
*pellier, impr. de la Presse, 1943,*  
in-8°, 84 pp.

(Thèse médecine, Montpellier,  
1943, n° 10).

**ABID (Mahmoud). -**

Appendicite et fièvre typhoïde.  
(Erreur de diagnostic). — *Mont-*  
*pellier, impr. de la Presse, 1943,*  
in-8°, 84 pp.

(Thèse médecine, Montpellier,  
1943, n° 10).

**ABID (Mahmoud). -**

Appendicite et fièvre typhoïde.  
(Erreur de diagnostic). — *Mont-*  
*pellier, impr. de la Presse, 1943,*  
in-8°, 84 pp.

(Thèse médecine, Montpellier,  
1943, n° 10).

**ABID (Mahmoud). -**

Appendicite et fièvre typhoïde.  
(Erreur de diagnostic). — *Mont-*  
*pellier, impr. de la Presse, 1943,*  
in-8°, 84 pp.

(Thèse médecine, Montpellier,  
1943, n° 10).



UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE

N° 10

# APPENDICITE ET FIÈVRE TYPHOÏDE

(Erreur de Diagnostic)

## THESE

Présentée et publiquement soutenue  
devant la Faculté de Médecine de Montpellier

le 22 décembre 1943

PAR

**MAHMOUD ABID**

né le 5 janvier 1913, à Korba (Tunisie)

DIPLOMÉ D'HYGIÈNE SOCIALE

DIPLOMÉ DE MÉDECINE COLONIALE ET TROPICALE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

|                                   |   |                                           |   |                   |
|-----------------------------------|---|-------------------------------------------|---|-------------------|
| <i>Examineurs<br/>de la Thèse</i> | { | MM. JANBON, <i>professeur, président.</i> | { | <i>Assesseurs</i> |
|                                   |   | BOULET, <i>professeur.</i>                |   |                   |
|                                   |   | ROUX, <i>agrégé.</i>                      |   |                   |
|                                   |   | BERT, <i>agrégé.</i>                      |   |                   |

IMPRIMERIE DE LA PRESSE  
3, rue Jardin-Martel, 3  
MONTPELLIER

1943

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

## Professeurs

### Chaires:

MM.

|                                                       |                      |
|-------------------------------------------------------|----------------------|
| Anatomie .....                                        | J. DELMAS.           |
| Histologie .....                                      | TURCHINI.            |
| Physiologie .....                                     | HEDON                |
| Chimie biologique médicale et toxicologie .....       | CRISTOL              |
| Physique médicale .....                               | PECH                 |
| Anatomie pathologique et médecine expérimentale ..... | BAUMEL               |
| Microbiologie .....                                   | LISBONNE             |
| Pathologie et thérapeutique générales .....           | PAGES.               |
| Thérapeutique et matière médicale .....               | JANBON.              |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie .....        | PUECH.               |
| Hygiène .....                                         | CARRIEU.             |
| Médecine légale et médecine sociale .....             | VIDAL.               |
| Pathologie médicale et clinique propédeutique .....   | BOULET.              |
| Clinique médicale .....                               | L. RIMBAUD.          |
|                                                       | GIRAUD, doyen.       |
|                                                       | MASSABUAU, ass.      |
| Clinique chirurgicale .....                           | LAPEYRE.             |
|                                                       | P. DELMAS.           |
| Clinique obstétricale .....                           | EUZIERE, doyen. hon. |
| Clinique des maladies mentales et nerveuses ..        | BOUDET.              |
| Clin. des malad. des enfants et hyg. du 1er âge       | MARGAROT.            |
| Clinique de dermato-syphiligraphie .....              | ETIENNE.             |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ....    | JEANBRAU.            |
| Clinique des maladies des voies urinaires .....       | N...                 |
| Clinique gynécologique .....                          | DEJEAN.              |
| Clinique ophtalmologique .....                        | TERRACOL.            |
| Clinique d'oto-rhino-lar. et chir. maxillo-faciale    |                      |

### Charges de cours :

|                                  |           |
|----------------------------------|-----------|
| Anatomie .....                   | LAUX.     |
| Histologie .....                 | GRANEL.   |
| Radiologie .....                 | LAMARQUE. |
| Propédeutique chirurgicale ..... | AIMES.    |

## Professeurs honoraires

MM. TEDENAT, BERTIN-SANS, CABANNES,  
GALAVIEILLE, VIRES, BOSC, VILLARD, GRYNFELTT, RICHE.

## Chargés d'enseignements complémentaires

MM.

MM.

|                   |                    |                   |                     |
|-------------------|--------------------|-------------------|---------------------|
| Chimie . . . . .  | MONNIER, agrégé.   | Clinique de la    |                     |
| Microbiologie . . | CARRERE, agrégé.   | tuberculose . .   | VIDAL, professeur.  |
| Hist. nat. méd.   | HARANT, agrégé.    | Pathologie chir.. | MOURGUE-            |
| Pharmacologie. .  | HARANT, agrégé.    |                   | MOLINES, agr.       |
| Pathologie méd.   | BOUCOMONT, agr.    | —                 | TRUC, agrégé.       |
| —                 | BERT, agrégé.      | Chir. experim. .  | GUIBAL, agrégé.     |
| Propédeut. méd.   | P. RIMBAUD, agr.   | Médecine opér..   | ROUX, agrégé.       |
| Clin. interne . . | PUECH, professeur. | Accouchements .   | CADERAS             |
| Clin. des mal.    |                    |                   | DE KERLEAU, agr     |
| contagieuses . .  | JANBON, profes.    | Stomatologie . .  | HOUPERT, docteur en |
|                   |                    |                   | médecine.           |

## Agrégés en exercice

MM.

MM.

|                   |                   |                 |             |
|-------------------|-------------------|-----------------|-------------|
| Médecine .....    | P. RIMBAUD.       | Chirurgie ..... | MOURGUE-    |
| —                 | BOUCOMONT.        |                 | MOLINES.    |
| —                 | BERT.             | —               | GUIBAL.     |
| —                 | LAFON, ch. d'agr. |                 | ROUX.       |
| Chimie . . . . .  | MONNIER.          | Urologie .....  | TRUC.       |
| Bactériologie . . | CARRERE.          | Accouchements . | CADERAS     |
| Hist. nat. méd.   | HARANT.           |                 | DE KERLEAU. |



## A MON PERE ET A MA MERE

*C'est grâce au dévouement, aux sacrifices, à la ténacité de mes parents qu'il m'a été donné de mener à bien les longues et coûteuses études au milieu de mille obstacles. Ils n'ont ménagé ni leur peine, ni leur temps, ni leurs conseils. Pour m'acquitter, j'essayerai simplement de suivre la voie de labeur qu'ils m'ont tracée. Je leur dédie ce modeste travail, en témoignage de ma grande affection. Puisse cet hommage de mon infinie reconnaissance les consoler des lourds sacrifices qu'ils se sont imposés pour moi.*

A EDITH  
ET MADAME FELIX

*Qui n'ont cessé de m'entourer de  
toute leur affection et de leur dévouement.*

*Je n'oublierai jamais ce qu'elles ont  
fait pour moi.*

A MON FRERE **H**AMADI

*En reconnaissance de tout ce qu'il  
a fait pour moi.*

A MA SŒUR ET A MES FRERES

A TOUS LES MIENS

A MES COMPATRIOTES

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE  
MONSIEUR LE PROFESSEUR M. JANBON  
PROFESSEUR DE THÉRAPEUTIQUE ET DE MATIÈRES MÉDICALES  
CROIX DE GUERRE

*qui nous a fait l'honneur de présider*  
**H** *cette thèse.*

*Nous nous honorons d'avoir été son  
élève et nous lui présentons ce travail  
en faible témoignage de notre sincère  
gratitude.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BOULET  
PROFESSEUR DE PATHOLOGIE MÉDICALE  
ET CLINIQUE PROPÉDEUTIQUE  
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR  
CROIX DE GUERRE 1918 ET 1940

*Durant mes études, j'ai pu apprécier la clarté, la précision, la sagesse de votre enseignement. J'ai été séduit par vos grandes qualités de justice, de bienveillance, de modestie, qui, seules, sont l'apanage de nos grands Maîtres.*

*Vous me faites aujourd'hui beaucoup d'honneur en acceptant de juger cette thèse.*

*Hommage respectueux.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ ROUX  
PROFESSEUR DE CHIRURGIE  
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR  
CROIX DE GUERRE 1918 ET 1940

*Je garde un souvenir éclatant de vos leçons si fertiles en enseignements et de l'intérêt que vous m'avez manifesté en acceptant de faire partie de mon jury de thèse.*

*Veuillez agréer mes remerciements respectueux.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ BERT  
*Dont l'enseignement nous a laissé un si vivant souvenir.*  
*Nous n'aurions garde de l'oublier.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN CHAPTAL

*qui nous a permis d'enrichir ce travail  
de notes très utiles. Qu'il trouve ici le  
témoignage de notre sympathie.*

A MONSIEUR LE RECTEUR SARRAILH

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*En souvenir de l'amitié qu'il nous  
a toujours prodiguée.*

*Respectueux hommages et meilleurs  
souvenirs.*

A NOS MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE

ET DES HOPITAUX DE MONTPELLIER



## AVANT-PROPOS

*Au seuil de la soutenance de notre thèse, nous songeons au moment où nous avons commencé avec grand enthousiasme nos études médicales.*

*Nous avons suivi l'enseignement de nos Maîtres avec la foi et la confiance des jeunes.*

*La guerre, avec son cortège d'horreurs, est arrivée... Elle a frappé jusqu'à cette terre bénie qu'est la Tunisie, terre de nos ancêtres...*

*C'est avec douleur que nous pensons au vide que la mort a créée, aux prisonniers séparés des leurs; à notre chère famille, dont nous sommes séparés et sans nouvelles depuis que la méchanceté des hommes a transporté le champ de bataille sur la terre d'Afrique...*

*Avant d'aborder l'étude de notre sujet, nous sommes heureux d'exprimer publiquement notre gratitude et notre reconnaissance à tous ceux qui ont assumé la tâche, souvent ingrate, de mener à bien notre instruction.*

*M. le Professeur agrégé Laux nous a constamment donné des preuves de sa sollicitude au cours de nos deux premières années de médecine, dont ses belles leçons d'anatomie ont constitué le principal intérêt.*

*M. le Professeur Janbon, qui nous a toujours accueilli avec des marques de bienveillance dans son service, à la Clinique Pasteur, et aidé de ses conseils éclairés, je veux vous dire ici ma profonde reconnaissance. Vous avez bien voulu m'inspirer ce travail et me faire l'honneur de présider cette thèse. Votre clair et riche enseignement restera la base de ma culture médicale.*

*Que M. le Doyen Giraud et nos Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux, dont nous avons suivi l'enseignement et qui nous ont facilité les moyens de nous instruire, reçoivent ici vos respectueux remerciements.*

---

# APPENDICITE ET FIEVRE TYPHOIDE

(ERREUR DE DIAGNOSTIC)

---

## INTRODUCTION

En abordant ce modeste travail, qui a pour sujet : *Appendicite et Fièvre typhoïde*, nous n'avons pas l'intention de prétendre à la découverte d'une nouvelle modalité à cette affection qui est connue depuis longtemps.

De nombreux auteurs, dont certains d'une compétence indiscutable, ont fait paraître des études qui tendaient à éclairer les relations qui existent entre l'appendice et la fièvre typhoïde. Sans doute, le diagnostic d'appendicite au cours de la fièvre typhoïde, reste encore délicat, et c'est souvent la perforation intestinale possible, qui hante le praticien. L'atteinte du vermium se traduira dans le tableau clinique de la fièvre typhoïde par des symptômes particuliers, susceptibles d'entraîner de grosses difficultés diagnostiques. Ce diagnostic, pour difficile qu'il soit, n'est pas impossible : il suffit d'y penser quand le clinicien est appelé auprès d'un malade présentant de la fièvre, un abdomen douloureux, avec ou sans constipation.

Dans cette étude, nous allons indiquer que trop souvent le praticien, alerté par un abdomen douloureux, avec un point d'élection dans la fosse iliaque droite, pense tout de suite à une atteinte du vermium et envoie son malade au chirurgien, avec le diagnostic d'appendicite.

Le malade est opéré, mais la fièvre, après quelques oscillations, se maintient aux environ de 39° ou 40°, et l'état général ne s'améliorant pas, on pense alors à la fièvre typhoïde, que le laboratoire vient confirmer.

Au cours de cette étude, nous envisagerons successivement les parties suivantes :

I. — *Préambule anatomique :*

- 1° Anatomie normale;
- 2° Anatomie pathologique.

II. — *La notion de fréquence et circonstances étiologiques :*

- 1° Fréquence globale;
- 2° Fréquence des cas où ce syndrome revêt une véritable autonomie et peut imposer une erreur de diagnostic;
- 3° Notions étiologiques.

III. — *Etude clinique :*

- 1° Syndrome d'appendiculalgie au cours de la fièvre typhoïde;
- 2° La forme de début pseudo-appendiculaire de la dothiéntérie;
- 3° Les états appendiculaires au cours de la fièvre typhoïde diagnostiquée (au delà du premier septenaire);
- 4° Les syndromes de la fosse iliaque droite de la phase tardive de la fièvre typhoïde (à partir du troisième septenaire).

IV. — *Diagnostic et signification pronostique.*

V. — *Indications thérapeutiques.*

Conclusions.

## CHAPITRE PREMIER

### HISTORIQUE

Jusqu'à la dernière moitié du <sup>xix</sup><sup>e</sup> siècle, l'importance du rôle de l'appendice au cours de la fièvre typhoïde, a été ignorée. Aucune mention n'a été faite dans les écrits d'il y a seulement une centaine d'années.

Gramer, en 1835, semble être le premier à parler d'une ulcération typhique sur l'appendice. Quelques années plus tard, Malepsine (1841) avait trouvé, au cours de l'autopsie de typhiques des lésions appendiculaires nettes et même graves.

A peu près à la même période, Carlo-Vacchi, de Milan, signale une perforation de l'appendice à l'autopsie d'un typhique: un matelot mort au septième jour d'une dothiénentérie.

En 1853, des travaux sont signalés un peu partout. Charcellay, de Tours, communique un cas semblable à celui de Vecchi; Buhl, qui, à Munich, pendant une épidémie de typhoïde, découvre trois perforations d'appendice sur cinq autopsies de typhiques.

Enfin, Heschl, de Vienne, sur 56 autopsies de typhiques, relève 8 cas présentant une perforation appendiculaire.

Mais l'étude la plus intéressante de la question a été faite en 1867. Sands, qui rapporta, devant la Société de Pathologie de New-York, un cas d'appendicite gangréneuse, pour lequel l'autopsie révéla une perforation à la pointe de l'appendice, en même temps qu'une infiltration des follicules lymphoïdes et des plaques de Peyer de l'intestin grêle, provoqua la première polémique: la question, dès lors, était née.

Sands estimait, en effet, en raison de l'importance des lésions appendiculaires, que la localisation primitive de la maladie était dans le vermium.

Karris s'éleva contre cette conception en soutenant, d'après ses constatations personnelles, que le grêle subissait toujours le premier l'atteinte typhique dont le corollaire fréquent était l'altération de l'appendice.

C'est d'ailleurs à cette époque, qu'à la suite d'un Américain, Georges Lews, en 1858, l'appendicite fit figure d'entité morbide, bien déterminée.

En France, Leudet, bouleversant les conceptions qui avaient jusque-là prévaluées, écrivait, en 1859: « La perforation de l'appendice est, de toutes les solutions d'une partie isolée de l'intestin, celle qu'on observe le plus fréquemment ».

Lebert, en 1859, fait le bilan de son expérience personnelle et en tire plusieurs cas d'ulcérations appendiculaires typhiques.

Rokitansky, méconnaissant cette entité morbide avant ces travaux, écrit, dans son *Traité de Pathologie* (édition de 1861): « Les perforations de l'appendice souvent observées dans les épidémies de fièvre typhoïde doivent attirer l'attention ».

Un peu plus tard, d'autres auteurs s'occupent de la question: Tungel, Greisinger (1864), Murchison, Prudhomme

(1866), Blatin (1866), Hoffmann (1869), Walder (1878), Gouronnec (1881) et surtout Hutinel (1883), dans sa thèse d'agrégation, et Guéneau de Mussy (1884), dans les *Cliniques Médicales*, apportèrent plusieurs faits nouveaux.

C'est seulement après Bouteau, en 1887, que le premier essai d'intervention fut réalisé malheureusement tentée à la dernière minute.

La question est reprise, en 1919, avec plus d'insistance et de faits nouveaux dans la thèse de Duplay, de Montpellier. A ce moment, les chirurgiens étaient encore divisés en deux camps: les uns pour, les autres contre l'intervention; heureusement, ceux-là, plus nombreux que ceux-ci, avec toutefois une modalité particulière: l'intervention se faisant à froid.

A partir de ce moment, et durant ces dernières années, des publications n'ont pas manqué.

Weil-Hallé et Benda, en 1925, rapportent l'histoire d'une dothiéntérie à début pseudo-appendiculaire, avec évolution atypique. Lefebvre, de Toulouse, rapporte, à la même date, un cas de typhoïde, simulant l'appendicite. Plus récemment encore, Piquet et Porez, en 1929, font une communication très intéressante sur l'appendice et la fièvre typhoïde. Enfin, en 1930, 1931 et 1932, les auteurs s'attachent à étudier les rapports de la typhlite et de l'appendicite, que nous retrouvons dans les excellentes publications de Bernard et Milone, de Massabuau et Guibal.

A ce sujet, la thèse de Chappel (Toulouse, 1932), présente une étude anatomo-pathologique remarquable. Cette étude historique serait incomplète si nous ne mentionnons les travaux de Mondor, en 1933, la thèse de Nicolas (1934), où se posent les discussions de diagnostic, de pathogénie et d'indications thérapeutiques, ainsi que la thèse de Bouquet de Jolinière (1936).

## CHAPITRE II

### PREAMBULE ANATOMIQUE

Le syndrome de la fosse iliaque droite, dans la fièvre typhoïde, n'attirait pas l'attention du médecin, seulement il y a un trentaine d'années. Actuellement, les études plus serrées ont permis d'envisager cette question très importante dans la fièvre typhoïde. Mais avant d'entreprendre cette étude, il serait peut être utile de faire un bref rappel de la structure de l'appendice et de son état anatomo-pathologique, pendant l'affection typhique.

#### 1° *Anatomie normale.*

L'appendice, comme l'intestin, est constitué par la superposition de quatre tuniques: la séreuse, la musculieuse, la sous-muqueuse, la muqueuse.

*La séreuse*, qui adhère intimement à la musculieuse, n'est que la continuation du péritoine.

*La musculieuse*, semblable à celle du gros intestin, mais plus épaisse ici, est constituée par des fibres longitudinales et des fibres circulaires profondes. Au sommet de l'appendice, ces fibres paraissent moins abondantes, ce qui explique la perforation facile, à ce point apical.

*La sous-muqueuse*, riche en fibres élastiques, présente un grand nombre d'espaces lymphatiques.

*La muqueuse* nous offre tous les éléments de la muqueuse cœcale, à laquelle elle fait suite: un épithélium cylindrique, un stroma réticulé, de très nombreux follicules clos, une *muscularis mucosæ* et des glandes en tubes.

Le grand développement de son appareil lymphoïde, tel est le principal caractère de la muqueuse de l'appendice. Cet appareil est essentiellement constitué par des follicules clos, si nombreux et si volumineux, qu'ils sont pour ainsi dire au contact les uns des autres, et qu'ils occupent, à eux seuls, toute la muqueuse: on a pu dire, non sans raison, que leur ensemble représentait comme une seule et unique plaque de Peyer, allant d'un bout à l'autre de l'appendice. Ces follicules semblent faire de l'appendice, comme l'a dit Sahli, une « amygdale abdominale ».

Vue cette constitution anatomique, comment s'étonner, de ce que l'appendice, « cette grande plaque de Peyer », selon l'expression de Poirier, soit prédisposé à l'infection éberthienne au cours de l'atteinte de l'intestin du fait de la fièvre typhoïde?

Nous ne serons pas étonné non plus de voir, chez les enfants, l'appendicite typhique au cours de la dothiéntérie, puisque chez eux Kelly aurait compté de 300 à 400 follicules clos dans leur muqueuse appendiculaire. Ces follicules diminuent au fur et à mesure qu'on avance dans l'âge et commencent à s'atrophier à partir de 45 ans.

En effet, chez un typhique, l'infection éberthienne commence par une véritable septicémie, et la localisation se fait sur les plaques de Peyer. Le vermium est fatalement touché, comme l'est l'intestin, ainsi que le cæcum.

## 2° *Anatomie pathologique.*

Le Professeur Dieulafoy, dans sa communication à l'Académie de Médecine de Paris, en 1896, établit l'existence, au point de vue anatomo-pathologique, de deux ordres de faits :

1° Au cours de la maladie, on peut trouver toutes les modalités des lésions spécifiques de la dothiéntérie ;

2° Pendant la convalescence, les lésions sont dues à des appendicites banales « paratyphoïdes », provenant d'infections secondaires, que favorisent probablement l'état de moindre résistance du tissu lymphoïde.

Dans le premier groupe, nous aurons les trois modalités : infiltration, ulcération, perforation.

Cette atteinte de l'appendice, en quelque sorte logique, vue la localisation du bacille d'Eberth sur les plaques de Peyer, n'a pas une grande importance pronostique dans le cours d'une fièvre typhoïde normale, sans complication. Comme pour l'intestin, le processus infectieux envahira l'appendice petit à petit, par stade.

Si l'invasion s'arrête au stade d'infiltration, nous aurons un appendice simplement enflammé. Ce stade, qui se produit sur tous les organes lymphoïdes par le bacille typhique, présente une infiltration considérable de leucocytes. On y trouve aussi ces grosses cellules, volumineuses, polygonales, ou sphériques, à angles arrondis, à protoplasma granuleux, renfermant deux à quatre noyaux ovoïdes, et identiques à celles que Rindfleisch a signalés dans l'infiltration typhoïdique et qu'il appelait « cellules typhiques ».

Si, au contraire, ce stade de simple inflammation est dépassé, nous nous trouvons au stade dit d'ulcération. On

constate alors des ulcérations de siège variable, mais surtout au voisinage de l'orifice. Elles sont mamelonnées, couvertes de petits amas sanguinolents, qui, de superficiels, peuvent s'étendre en profondeur et atteindre muqueuse, musculuse, jusqu'au p<sup>er</sup>itoine.

Lorsque l'ulcération a ainsi progressé vers le p<sup>er</sup>itoine, la perforation se produit par destruction successive.

Microscopiquement, on constate, au niveau de la première ulcération, la plus accentuée d'ailleurs, que la muqueuse a complètement disparue. Le revêtement superficiel est remplacé par des amas de cellules rondes, presque toutes à gros noyaux, très colorables, et à protoplasma peu abondant, les unes dégénérées, les autres saines. Ces amas se retrouvent avec des détrit<sup>us</sup> informes, prenant bien les couleurs acides, au centre même de la cavité appendiculaire. Au-dessous de cette couche de cellules migratrices, s'étend une nappe de tissu lymphoïde, où l'on retrouve par endroits les contours du follicule appendiculaire normal.

Ces lésions ulcératives peuvent, comme celles du stade précédent, donner lieu à des symptômes douloureux appendiculaires. C'est alors que la question de l'intervention se pose de toute urgence, car, de toutes façons, ces lésions ulcératives aboutiront presque infailliblement au stade dangereux de perforation avec le terrible cortège de la p<sup>er</sup>itonite, qui est souvent diffuse. La perforation se produirait, par thrombose vasculaire et destruction des couches adjacentes.

## EVOLUTION ANATOMIQUE

Les conceptions anatomiques permettent de concevoir les difficultés que comporte le pronostic, de cette redoutable complication de la fièvre typhoïde.

Les notions d'évolution anatomique qui nous viennent des chirurgiens laissent entrevoir plusieurs modalités.

Pour Dieulafoy, Fitz, Rodman, Cushing, l'inflammation resterait longtemps localisée par suite de la formation d'adhérences, et nous aboutirions à une péritonite enkystée. Cushing va jusqu'à dire qu'une perforation typhique, lorsqu'elle se produisait sur l'appendice, avait lieu dans « un endroit tranquille » de la cavité abdominale.

Pour Bouteau, Letulle, Alexandroff, au contraire, la conséquence immédiate de la perforation a été presque toujours une péritonite diffuse.

L'un et l'autre point de vue sont, à notre sens, excessifs, et il faudrait dire que c'est une question d'espèce. Les uns, à péritoine fragile, laissent envahir leur cavité et feront une péritonite généralisée; les autres, dont le péritoine se défend, feront une péritonite enkystée.

Au total, cette étude anatomique montre la similitude de constitution de l'appendice avec celle des autres portions de l'intestin, mais avec une agglomération plus dense encore que dans toute autre partie du tractus intestinal d'éléments lymphoïdes.

C'est cette particularité qui permet de comprendre la fréquence de la localisation appendiculaire de l'infection typhoïde. Les conditions physio-pathologiques qui font de l'appendice un lieu propice pour l'aggravation de l'infection de toutes natures (inflammation en vase clos) jouent dans la fièvre typhoïde comme dans les autres cas et favorisent le syndrome de perforation.

## CHAPITRE III

### NOTIONS DE FREQUENCE ET CIRCONSTANCES ETIOLOGIQUES

#### I. — FRÉQUENCE GLOBALE

Au cours de la fièvre typhoïde, et quel que soit son type clinique, quelle est la fréquence relative du syndrome douloureux de la fosse iliaque droite?

Les nombreuses observations que nous avons pu étudier dans le service de M. le Professeur Janbon nous montrent que ce syndrome douloureux de la fosse iliaque droite, au cours de la fièvre typhoïde, est assez fréquent.

Sur 545 cas de fièvre typhoïde colligés à la Clinique Pasteur, au cours des huit dernières années (1936-1943), on doit retenir 157 cas, où il est fait mention de phénomènes douloureux abdominaux.

Sur ces 157 cas, on doit établir la distinction suivante:

a) Dans un premier groupe, qui comporte 73 observations, il s'agit de:

*douleurs abdominales diffuses;*

*douleurs à topographie vésiculaire;*

*douleurs à topographie de la fosse iliaque gauche;*

*douleurs diffuses mais à prédominance à droite*

*(dix cas).*

b) Dans un deuxième groupe, il s'agit de *douleurs électives de la fosse iliaque droite*. Nous les avons noté dans 84 cas sur 545, soit 15,4 % du chiffre global.

Il semble que si ce syndrome apparaît plus fréquemment dans les observations des malades traités à l'Hôpital, cela est peut-être dû à une surveillance minutieuse des malades, matin et soir, dans les services hospitaliers. Peut-être aussi les malades hospitalisés représentent-ils les formes les plus graves de la fièvre typhoïde et aussi les plus exposées aux complications.

L'examen attentif des publications consacrées à l'étude de l'appendicite au cours de la fièvre typhoïde ne nous permet pas de donner l'opinion des différents auteurs sur la fréquence du syndrome appendiculaire au cours de la dothénentérie.

## II. — FRÉQUENCE DES CAS OU CE SYNDROME REVÊT UNE VÉRITABLE AUTONOMIE ET PEUT IMPOSER UNE ERREUR DE DIAGNOSTIC.

Nous avons retenu, sur les 545 cas observés à la Clinique Pasteur, 84 cas de douleur élective dans la fosse iliaque droite. Encore convient-il d'établir de nouvelles distinctions:

Dans toute une série de faits, il s'agit uniquement de douleurs siégeant au niveau de la fosse iliaque droite, qui correspondent beaucoup plus à une *appendiculalgie* qu'à un état d'appendicite vraie. Ces malades donnent l'impression de présenter une petite participation appendiculaire à leur syndrome intestinal, ces symptômes discrets ne sauraient en aucun cas en imposer pour une appendicite. De tels faits, parmi nos 84 cas de syndrome de la fosse iliaque droite, s'élèvent au nombre de 61.

C'est en réalité les 23 autres cas qui correspondent aux formes pseudo-appendiculaires vraies: ces manifestations au niveau de la fosse iliaque droite sont au premier plan et sont à l'origine de bien des erreurs de diagnostic.

Dans notre statistique, le chiffre de 23 cas de ce genre, observés sur 545 observations, constitue un pourcentage de 4,22 %.

Il est incontestable que ce syndrome appendiculaire peut survenir au cours de la dothiéntérie dans des conditions très diverses. Dans certains de ces cas, il s'agira d'une fièvre typhoïde diagnostiquée évidente, au cours de laquelle le syndrome appendiculaire apparaîtra comme une complication, ce qui enlève aux lésions de l'appendice tout caractère primitif. Sur les 23 cas où le syndrome appendiculaire fut rencontré au cours de la fièvre typhoïde, 7 fois il est apparu comme une manifestation dont l'étiologie était rendue évidente par la notion du diagnostic de dothiéntérie déjà connu.

Dans d'autres circonstances, ce syndrome appendiculaire constitue une *manifestation initiale de la maladie*, et, malgré certaines différences symptomatiques, il est possible, dès lors, que le diagnostic soit fait uniquement de la lésion appendiculaire et non pas de son origine.

Il est intéressant de connaître la fréquence de ces cas, puisque ce sont eux qui imposent une erreur de diagnostic et, par suite, amènent à appliquer une thérapeutique chirurgicale qui peut prêter à discussion.

Il convient de savoir que ce syndrome, susceptible de faire penser à l'appendicite ou en méconnaissant l'origine dothiéntérique, s'observe dans deux conditions essentielles:

1° Le plus fréquemment, c'est tout au début d'une fièvre typhoïde qu'un syndrome appendiculaire apparaît, accompagné plus ou moins nettement de toute une série de signes qui constituent des manifestations réelles du début de la fièvre typhoïde et sur lesquels nous insisterons dans l'étude clinique.

C'est la méconnaissance de ces petits signes et la crainte qui s'attache au syndrome de la fosse iliaque droite, qui poussent au diagnostic d'appendicite. La fréquence de tels cas est réelle, nous pouvons l'exprimer par des chiffres. Sur les 23 cas retenus comme forme avec réaction appendiculaire vraie, il en est 16 où fut réalisé ce début pseudo-appendiculaire de la fièvre typhoïde.

L'erreur initiale a été partagée dans un certain nombre de cas par le chirurgien et 6 fois l'intervention pour appendicite a été pratiquée. Par contre, 10 fois l'aspect des malades a suscité une hésitation de la part du chirurgien, et la temporisation a permis d'aboutir à une rectification du diagnostic.

2° Dans des circonstances plus rares, il s'agit de fièvres typhoïdes ambulatoires, arrivées à un stade avancé et au cours desquelles une perforation brutale fait porter le diagnostic d'appendicite perforée. L'indication opératoire n'est pas discutable, l'opération révélera rarement une perforation siégeant sur l'appendice car le plus souvent il s'agit d'une perforation d'une ou plusieurs plaques de Peyer de tout autre siège.

On conçoit que de tels faits avec perforation appendiculaire soient relativement rares. Notre statistique ne nous permet de donner aucune observation de ce genre.

Il est incontestable que la fréquence de ces différentes formes est utile à connaître, car elle peut constituer les

indications à une étude réfléchie des symptômes d'accompagnement dans tous les cas où le syndrome appendiculaire n'apparaît pas avec sa pureté habituelle.

### III. — NOTIONS ÉTIOLOGIQUES

Nous tenterons, par l'étude des observations de la Clinique Pasteur, colligées depuis 1936, d'établir les relations de ce syndrome avec les notions d'année, d'âge, d'étiologie.

Nos observations, étagées depuis 1936, nous permettent de constater que ces syndromes d'appendicite accompagnant la fièvre typhoïde, ont été observés :

En 1936 : 4 fois

En 1937 : 2 —

En 1938 : 1 —

En 1939 : 2 —

En 1940 : 2 —

En 1942 : 2 —

En 1943 : 10 —

De la lecture de ce tableau on peut aussitôt déduire la notion suivante :

C'est la prépondérance de ces formes suivant les épidémies. Il est incontestable que les années 1936 et 1943 présentent une recrudescence de ces formes avec réaction appendiculaire. Il faut toutefois reconnaître que la fréquence nettement plus grande des fièvres typhoïdes en 1943 pourrait inciter à penser que c'est la seule raison qui est à l'origine de l'augmentation du nombre des formes avec réactions appendiculaires. Cependant, l'importance de l'épidémie était tout aussi grande en 1942 et ces formes n'ont été que très rarement observées. Il semble donc

bien que le génie épidémique constitue un facteur important de cette modalité spéciale.

L'âge des sujets s'étage de 4 à 57 ans, avec un maximum assez net entre 18 et 22 ans.

Quant à l'étiologie (coquillère ou autre), il est difficile d'être précis sur l'importance de son rôle. Mais nos chiffres révèlent que cinq fois seulement ce sont les coquillages qui ont été à l'origine de ce syndrome. Notons encore qu'il s'agit, de façon presque constante, de fièvre typhoïde à bacille d'Eberth; deux cas seulement font exception, relevant l'un du paratyphique A, l'autre du paratyphique B.

Enfin, la plupart de nos malades sont des non vaccinés; trois seulement avaient reçu cette vaccination: la fièvre typhoïde observée a été d'ailleurs bénigne.

---

## CHAPITRE IV

### ETUDE CLINIQUE

On peut diviser l'étude clinique en quatre parties :

1° *Le syndrome d'appendiculalgie au cours de la fièvre typhoïde;*

2° *La forme de début pseudo-appendiculaire de la dothiéntérie;*

3° *Les états appendiculaires au cours de la fièvre typhoïde diagnostiquée (au delà du premier septenaire);*

4° *Les syndromes de la fosse iliaque droite, de la phase tardive de la fièvre typhoïde (à partir du troisième septenaire).*

#### 1. — LE SYNDROME D'APPENDICULALGIE AU COURS DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE

Au cours de la fièvre typhoïde normale, il existe déjà des manifestations qui attirent l'attention du côté de la fosse iliaque droite: c'est constamment une très légère augmen-

tation du cæcum qui gargouille à la palpation. Il n'y a pas de phénomènes douloureux vrais, mais cependant le malade ressent à ce niveau une discrète sensation de tension.

Dans un certain nombre de cas, le syndrome de la fosse iliaque droite tend à se préciser légèrement. La palpation révèle une sensibilité localisée aux points de Lanz ou de Mac Burney. Les autres manifestations cliniques sont les mêmes. Les gargouillements existent, il n'y a aucune contracture, ni même aucune résistance de la paroi. On ne peut interpréter ces phénomènes douloureux autrement que comme une réaction appendiculaire. Il n'est pas moins certain que cette symptomatologie fruste ne traduit nullement l'existence d'une lésion anatomique évolutive. Il n'est nullement dans notre intention de nous étendre longuement sur cette forme, où les manifestations d'origine appendiculaire sont noyées dans le tableau général et ne constituent qu'une petite note locale.

Son intérêt même serait minime si de tels cas ne constituaient les formes mineures de celles des formes pseudo-appendiculaires, que nous nous réservons d'étudier plus longuement et qui, elles, exposent à des erreurs de diagnostic et, partant, de traitement.

De ces appendiculalgies on en rencontre toutefois une assez faible proportion, parmi les 545 observations qui servent de fondement à nos recherches. Nous avons déjà signalé que nous avons rencontré 61 fois cette manifestation discrète, ce qui porte le pourcentage autour de 11,19 %. Nous nous abstenons de donner ici les observations de ces cas, dont l'intérêt est minime, surtout relativement aux autres formes que nous allons maintenant aborder,

## 2. — LA FORME DE DÉBUT PSEUDO-APPENDICULAIRE DE LA DOTHIÉNENTÉRIE

Il s'agit là des faits de beaucoup les plus importants. Ils correspondent à une véritable forme clinique de la maladie et au cours desquelles l'erreur d'interprétation amène le diagnostic d'appendicite primitive et rend obligée une ligne de conduite opératoire qui, du fait de l'origine typhoïdique, est discutable. En effet, le type clinique de ces formes est celui où le syndrome de l'appendicite est le plus typiquement reproduit, il s'agit dans ces cas d'un *appendiculo-typhus*, dans le même sens et surtout dans la même expression clinique que celle avec laquelle on conçoit, par exemple, le méningo-typhus... Le syndrome de localisation cause de l'erreur de diagnostic se trouve accompagné de tout le cortège des petits signes généraux et initiaux de la dothiésentérie. Donc, l'analyse attentive devrait permettre un diagnostic correct.

Nous avons déjà dit que parmi les 545 de nos observations de la fièvre typhoïde de la Clinique Pasteur, depuis 1936, 84 cas, où a été noté le syndrome de la fosse iliaque droite, comportent en réalité 61 cas d'appendiculalgie et 23 cas de syndrome pseudo-appendiculaires, où le syndrome d'appendicite est réalisé au cours de la fièvre typhoïde, il en est *seize* qui sont à retenir comme les formes pseudo-appendiculaires de *début* de la maladie. Ce sont ces seize cas qui se rapportent à la forme que nous étudions ici et dont l'analyse attentive va nous permettre d'établir la description clinique de cette forme.

## DESCRIPTION CLINIQUE

Il s'agit de sujets le plus souvent jeunes, bien que ces faits puissent s'observer à tout âge. Nous avons déjà signalé le peu d'importance des circonstances étiologiques de la fièvre typhoïde, soit d'origine ostréaire ou de toute autre cause alimentaire.

De toutes façons, il est incontestable qu'une phase d'asthénie croissante, généralement accompagnée d'un état digestif discret, et peut-être aussi d'une fièvre légère et progressive, précède l'apparition de la phase de début proprement dite.

Celle-ci, en effet, par la netteté de ses signes, tranche avec cette phase préparatoire. L'attention du malade et surtout celle du médecin sont en effet nettement fixées sur les troubles enregistrés: fatigue générale, vomissements plus ou moins fréquents, douleur abdominale qui va en se précisant. A ce stade l'examen clinique ne révèle que peu de chose, la langue est saburrale, la fosse iliaque droite légèrement douloureuse, avec un point assez précis dans la région fixée par Lanz ou Mac Burney, une très légère défense accompagne parfois l'existence des points douloureux. De tels signes font redouter la possibilité d'une appendicite et la crainte ainsi suscitée amène fréquemment à méconnaître tous les petits signes prémonitoires et aussi tous les signes d'accompagnement, qui, en réalité, excèdent de beaucoup ceux qui s'observent dans l'appendicite vraie. En effet, au cours des deux ou trois jours où s'installe le syndrome, la fièvre est allée en croissant et atteint un degré qui ne se rencontre guère qu'à des phases avancées de l'appendicite, phases où déjà les phénomènes péritonéaux devraient être assez inquiétants. Mais la fièvre n'est pas

seule, d'autres signes l'accompagnent, tels que courbature, céphalées, insomnie, quelquefois même épistaxis.

Il est incontestable que si ces signes sont déjà réunis, l'erreur de diagnostic devient difficile et elle est effectivement exceptionnelle.

a) Il n'en existe pas moins des cas où avant même que le cortège des signes fonctionnels ait fait son apparition intégrale, les manifestations locales ont pu, par leur pré-éminence, enlever la conviction, amener au diagnostic d'appendicite et inciter à la thérapeutique chirurgicale d'urgence: de tels faits ne sont pas rares, six de nos observations s'y rapportent, dont nous donnons ci-dessous une analyse succincte. Parmi ces observations, la plupart ont trait à des malades chez lesquels l'intervention ne semble avoir eu aucune influence sur l'évolution ultérieure, et, si une évolution défavorable se produit, c'est beaucoup plus du fait de la gravité même de la dothiéntérie qu'à la faveur de l'intervention chirurgicale. Voici tout d'abord nos observations I, II, III, IV et V.

#### \\ OBSERVATION PREMIÈRE

*Pasteur 3041.* — Homme vacciné T.A.B. au régiment. Origine de la contamination inconnue.

La maladie a débuté le 23 novembre 1936, brusquement par de la fièvre, des douleurs abdominales et des nausées.

La constatation d'un point douloureux appendiculaire et la persistance des signes fonctionnels amènent le malade dans le service du Professeur Riche, le 25 novembre.

Le pouls est à 100, la température à 39°7, l'abdomen, non ballonné, présente une contracture généralisée. La palpation révèle une douleur localisée à la région de la fosse iliaque droite. Des douleurs dans la cuisse, de ce même côté, font penser à du psöitis. Le toucher rectal montre le cul-de-sac de Douglas sensible.

L'intervention, pratiquée aussitôt pour appendisectomie, montre l'appendice congestionné. Le diverticule de Meckel est normal ;

par contre, l'intestin est rouge, très congestionné et sa palpation révèle l'existence de saillies au niveau de la muqueuse, de forme ovoïde. Gros ganglions mésentériques. Ces lésions font porter le diagnostic de fièvre typhoïde.

Admis à la Clinique Pasteur le lendemain (26 novembre), au cinquième jour du début de la maladie, le malade réalise une dothiéntérie ataxo-adynamique, de forme grave, qui aboutit à la mort le seizième jour.

L'hémoculture avait révélé du bacille d'Eberth.

## OBSERVATION II

*Pasteur 3052 ter.* — Femme de 22 ans, non vaccinée T.A.B. Ingestion de coquillages. Présente, le 14 décembre 1936, des douleurs dans la fosse iliaque droite, avec fièvre et vomissements, en raison desquels, le 17 décembre (4<sup>e</sup> jour), elle est hospitalisée dans le service de M. le Professeur Massabuau, où l'on constate une douleur provoquée au point de Mac Burney, avec douleur au toucher vaginal.

Intervention d'urgence pour appendicectomie le même jour: il n'y a pas de lésion évidente de l'appendice, mais on constate une infiltration intense de l'iléon avec hypertrophie des ganglions mésentériques.

L'hémoculture, pratiquée le lendemain, révèle du paratyphique A. La malade est hospitalisée à la Clinique Pasteur, le 21 décembre. Elle y réalise une dothiéntérie de gravité moyenne, avec rechute tardive, après vingt-deux jours d'apyrexie.

## OBSERVATION III

*Pasteur 3790.* — Garçon de 12 ans, non vacciné T.A.B. Origine de la contamination inconnue. Après cinq jours de fièvre, fatigue, douleurs de la fosse iliaque droite et vomissements, sur la constatation d'une douleur à la palpation dans la région de Mac Burney est pratiquée une appendicectomie (20 mai 1938). A l'intervention on trouve des anses intestinales rouges, un appendice très congestionné et adhérent au cæcum. Cependant, la fièvre persiste, les hémocultures et les séro diagnostics sont négatifs jusqu'au 30 mai, où l'on obtient du bacille d'Eberth.

L'enfant entre à la Clinique Pasteur le 31 mai et réalise une dothiéntérie de forme sévère, aboutissant à la guérison complète,

OBSERVATION IV

*Pasteur 4542.* — Homme de 27 ans, vacciné T.A.B. Origine de la contamination inconnue.

Le 4 septembre 1939, souffre du ventre avec fièvre à 38° et demeure deux jours à l'infirmerie. Puis, il est hospitalisé dans le service de médecine militaire, où il est opéré d'appendicectomie le 11 septembre (7<sup>e</sup> jour).

Cependant, l'hémoculture, réalisée le même jour, révèle du bacille d'Eberth et le malade entre à la Clinique Pasteur le 14 septembre: dothiéntérie d'allure bénigne rapidement guérie.

OBSERVATION V

*Pasteur 4775.* — Enfant de 8 ans, non vacciné T.A.B. Origine de la contamination inconnue.

La maladie a débuté le 1<sup>er</sup> janvier 1940, par la fièvre et des douleurs abdominales. Une consultation a lieu le 5 janvier 1940, et le docteur Guibal, de Béziers, fait hospitaliser l'enfant à la Clinique Mutualiste de Montpellier, pour appendicectomie. Celle-ci est pratiquée le 6 janvier.

La persistance de la fièvre amène à pratiquer une hémoculture qui révèle du bacille d'Eberth. A la suite de quoi, l'enfant est hospitalisé à la Clinique Pasteur, le 11 janvier 1940. Il réalise une dothiéntérie sévère, à rechute, compliquée d'une néphrite œdémateuse tardive et d'anémie avec granulopénie.

Guérison parfaite.

Voici maintenant notre observation vi, qui témoigne d'une double erreur de diagnostic: le syndrome de la fosse iliaque droite a été à tort rapporté initialement à l'existence d'une hernie irréductible. Le premier temps opératoire ayant montré la non participation de l'intestin à cette hernie, c'est du côté de l'appendice que dans le second temps opératoire on alla rechercher la cause des manifestations enregistrées.

La vérification de l'état normal de l'appendice amena à rechercher encore ailleurs l'origine des troubles, et à décou-

vrir sur le grêle la perforation d'une plaque de Peyer sphacélée. L'excision de la lésion et la suture intestinale permirent une évolution favorable, mais la malade devait mourir huit mois après d'occlusion intestinale par bride.

#### OBSERVATION VI

*Pasteur 7522.* — Femme de 57 ans, non vaccinée T.A.B. Contamination d'origine inconnue.

Le 4 janvier 1943, elle est hospitalisée d'urgence dans le service de M. le Professeur Riche, pour hernie crurale étranglée.

L'intervention ne révèle pas d'étranglement (hernie irréductible avec contenu épiploïque).

En raison des signes antérieurement constatés: contracture et douleurs de la fosse iliaque droite, on réalise une incision de Mac Burney, qui laisse sourdre un liquide roussâtre; cependant l'appendice est normal, l'intestin grêle est vérifié. Il est congestionné. On constate sur l'iléon, à 20 cm. du cæcum, une perforation sur plaque sphacélique et friable. Excision losangique avec enfouissement. Pas d'autres points sphacéliques intestinaux. Sulfamide intra-péritonéal et drainage.

L'évolution favorable de la plaie et la persistance de la fièvre amènent à pratiquer une hémoculture qui révèle du paratyphique B. La malade est hospitalisée à la Clinique Pasteur, le 2 février 1943, elle réalise une dothiéntérie d'intensité moyenne, avec une recrudescence fébrile.

Elle sort guérie le 27 mars 1943.

A noter, cependant, que cette malade présente, le 23 septembre 1943, un syndrome d'occlusion intestinal aiguë, pour lequel elle est opérée d'urgence. On constate l'occlusion d'une anse grêle par une bride: section de la bride, résection intestinale de tout le boudin ischémié. Anastomose latéro-latérale des deux sections.

Excitus dans les vingt-quatre heures.

b) Les six observations que nous venons de rapporter montrent bien la réalité de la possibilité de l'erreur. Cependant, une analyse minutieuse des faits peut, dans bien des cas, permettre de l'éviter et d'arriver à un diagnostic exact.

Nous pouvons en donner pour preuve cette notion que les

services chirurgicaux avec qui nous collaborons étroitement, après un ou deux cas où le doute les amena, par prudence, à pratiquer l'intervention d'urgence, parvinrent très vite à reconnaître les cas où l'on pouvait temporiser pour pouvoir affirmer un diagnostic exact.

Quels sont les signes qui peuvent permettre, sans imprudence, de soupçonner l'origine typhoïdique des manifestations appendiculaires?

On ne peut guère retenir, d'une façon formelle, que l'ensemble des phénomènes fonctionnels ou généraux que nous avons plus haut signalés et qui excèdent ceux que l'on rencontre dans l'appendicite vraie.

On devrait y ajouter l'établissement d'urgence d'une formule hématologique qui pourrait nous permettre, dans certains cas, de trancher le différent: la constatation d'une tendance leucopénique avec inversion de la formule sanguine, c'est-à-dire tendance à la mononucléose, doit formellement influencer en faveur du diagnostic de la fièvre typhoïde. Par contre, l'existence d'une leucocytose avec polynucléose ne permet pas de conclure: il peut s'agir d'une appendicite vraie, mais aussi bien d'une fièvre typhoïde avec complication appendiculaire inflammatoire. Quant à l'hémoculture et au séro-diagnostic, ces deux méthodes de diagnostic certain de la fièvre typhoïde prêtent à des inconvénients majeurs:

L'hémoculture ne poussera guère qu'en 48 heures et l'appendicite vraie ne peut permettre de s'accorder pareil délai. Quant au séro-diagnostic, on ne peut compter le trouver positif lors de cette phase de début qui correspond tout au plus au premier septenaire de la maladie.

Il reste donc cette notion de l'interrogatoire minutieux des signes fonctionnels et de leur date d'apparition. A cela s'ajoutera l'analyse symptomatique attentive qui montrera

souvent la bénignité des signes observés ou tout au moins leur discordance avec l'importance de la fièvre. Une telle notion devra inciter au contrôle hématologique.

Nous reproduisons ici dix observations de la Clinique Pasteur, où les manifestations de début sont très superposables à celles qui sont relatées dans nos six premières observations. Mais ici la rectification du diagnostic, très fréquemment faite par le chirurgien lui-même, a amené à rechercher par l'hémoculture le diagnostic de fièvre typhoïde, et, celui-ci étant fait, à renoncer à l'intervention chirurgicale.

Anticipant sur notre chapitre de thérapeutique, signalons, dès maintenant, que cette abstention opératoire n'a jamais été regrett e (tout au moins pour les cas que nous avons observés), les signes locaux appendiculaires ayant eu toujours tendance à s'atténuer une fois passé le premier septenaire.

Voici nos observations de VII   XVI.

#### OBSERVATION VII

*Pasteur 2083.* — Femme de 22 ans, non vaccinée T.A.B.

Après ingestion de moules, elle présente, à partir du 19 janvier 1936, de la fièvre et des courbatures, puis une douleur au niveau de la fosse iliaque droite, pour laquelle le professeur Massabuau, appelé en consultation, réfute le diagnostic d'appendicite et demande des examens sanguins. L'hémoculture donne du bacille d'Eberth, et la malade est admise à la Clinique Pasteur le onzième jour de sa maladie (29 janvier 1936).

Evolution de gravité moyenne. Périostite tibiale tardive.

Traitement par le 914. Guérison complète.

#### OBSERVATION VIII

*Pasteur 3437.* — Garçon de 9 ans, non vacciné T.A.B. Origine de contamination inconnue.

Après deux jours de fièvre et douleurs abdominales, il est adressé, le 24 juin 1937, à la Clinique Mutualiste de Montpellier, avec le diagnostic d'appendicite. En raison de la fièvre élevée, 40°7, l'enfant est mis en observation et l'hémoculture révèle du bacille d'Eberth.

Il entre à la Clinique Pasteur le 29 juin, la douleur appendiculaire est très diminuée; par contre, l'enfant réalise une encéphalite typhique, à expression méningée, qui dure du huitième au vingtième jour. Evolution favorable et guérison parfaite.

#### OBSERVATION IX

*Pasteur 3776.* — Fille de 10 ans, non vaccinée T.A.B. Origine de la contamination inconnue.

Elle est présentée, le 20 avril 1938, à la consultation externe du Professeur Etienne, avec pesanteur gastrique, céphalée et fièvre à 39°. La palpation du point de Mac Burney est douloureuse. Par ailleurs, on constate des signes de bronchite.

Le diagnostic hésite entre appendicite et pneumonie.

L'examen radiologique montre des poumons normaux, l'enfant est hospitalisé au service de médecine des enfants, où sont pratiqués une cuti-réaction et un examen d'urines, qui demeurent négatifs.

Une première hémoculture est négative le 26 avril (6<sup>e</sup> jour). Une autre positive le 16 mai (26<sup>e</sup> jour).

Elle entre, à cette date, à la Clinique Pasteur, où elle fait une fièvre typhoïde à évolution simple. Forme bénigne.

#### OBSERVATION X

*Pasteur 5292.* — Homme de 33 ans, vacciné T.A.B. Contamination par ingestion de moules.

Le début remonte au 11 mai 1940 avec manifestation d'intoxication alimentaire à la suite d'ingestion de sardines avariées: douleurs abdominales, vomissements et fièvre.

Entre à la Clinique Pasteur le 14 mai (4<sup>e</sup> jour de la maladie), avec fièvre au-dessus de 39°, un pouls à 80, un abdomen tendu, météorisé, non douloureux spontanément; par contre, on note une douleur vive à la palpation de la région ombilicale et dans la région de la fosse iliaque droite, avec légère défense de cette région. Le maximum de la douleur siège au niveau du point de Mac Burney.

Le signe du psoas est négatif. Le malade est maintenu avec de la glace sur l'abdomen, les phénomènes locaux s'atténuent rapidement; la maladie, d'ailleurs, tourne court très vite. L'hémoculture, pratiquée le 16 mai, avait révélé du bacille d'Eberth.

#### OBSERVATION XI

*Pasteur 7525.* — Fille de 17 ans et demi, non vaccinée T.A.B. Origine de la contamination inconnue.

Le début remonte au 28 janvier 1943, avec ascension thermique progressive et céphalée, anorexie, douleurs abdominales droites.

Le 1<sup>er</sup> février, douleur nette dans la région appendiculaire et vomissements, qui décident de son entrée à l'hôpital.

Le 2 février, légère défense de la fosse iliaque droite. Elle est allée à la selle, n'a pas vomi. Touchers rectal et vaginal normaux.

Abstention opératoire et une hémoculture qui révélera du bacille d'Eberth.

Le 3 février, elle entre à la Clinique Pasteur. A son entrée, il n'existe plus qu'une légère réaction de défense qui aura totalement disparue le 8 février.

Par contre, la malade réalise une forme grave avec albuminurie autour de 2 gr. par litre et des petits signes hémorragiques. Recrudescence fébrile au 16<sup>e</sup> jour, état ataxo-adyynamique et mort le 26<sup>e</sup> jour.

#### OBSERVATION XIII

*Pasteur 7547.* — Fille de 22 ans, non vaccinée T.A.B. Contamination par clovisse.

Le 14 février 1943, fatigue générale, céphalée et fièvre avec douleurs abdominales.

Les signes s'accroissent les jours suivants. Consultation chirurgicale le 16 et hospitalisation en chirurgie pour appendicectomie. En raison de l'important cortège des signes généraux, abstention opératoire, l'hémoculture demandée donnera du bacille d'Eberth le 18 février.

Admise à la Clinique Pasteur, ce même jour, la malade réalise une fièvre typhoïde régulière sans incident.

#### OBSERVATION XIII

*Pasteur 7550.* — Fille de 21 ans, non vaccinée T.A.B. Contamination d'origine inconnue.

Le début de la maladie remonte au 11 février 1943: céphalée, asthénie, constipation, insomnie, fièvre en plateau, puis douleurs au niveau de la fosse iliaque droite et vomissements, ce qui amène son hospitalisation dans un service de chirurgie, avec le diagnostic d'appendicite.

Cependant, abstention opératoire. Examen du sang: hémoculture négative, séro-diagnostic positif, au 1/160<sup>e</sup>, au bacille d'Eberth. Entre à la Clinique Pasteur le 20 février 1943 et réalise une fièvre typhoïde d'évolution régulière.

#### OBSERVATION XIV

*Pasteur 7600.* — Garçon de 10 ans, non vacciné T.A.B. Origine de la contamination inconnue.

Le début remonte au 17 mars 1943: phénomènes douloureux de la fosse iliaque droite, avec réaction de défense, fièvre à 38° et diarrhée.

Adressé dans le service de chirurgie des enfants pour appendicite. Constatation des signes physiques douteux; par contre, signes généraux importants et fièvre à 39°8. Les jours suivants, diminution de la réaction de la fosse iliaque droite, persistance des phénomènes généraux. L'hémoculture révèle du bacille d'Eberth. Le malade est admis à la Clinique Pasteur le 22 mars 1943. Il y réalise une dothiéntérie bénigne.

#### OBSERVATION XV

*Pasteur 7528.* — Fille de 20 ans, non vaccinée T.A.B. Origine de la contamination: ingestion de clovisses crues au début janvier 1943, qui ont entraîné une crise de diarrhée d'assez longue durée (15 jours).

Vers le 25 janvier: phénomènes douloureux de la fosse iliaque droite, pour lesquels elle est hospitalisée dans le service du Professeur Massabuau, pour appendicectomie.

En fait, elle présentait une température s'élevant à 38°5 depuis cinq jours et qui a persisté et s'est accentuée après l'intervention.

Hémoculture positive au bacille d'Eberth.

Elle est hospitalisée à la Clinique Pasteur, le 4 février 1943.

Réalise une fièvre typhoïde régulière sans incident.

#### OBSERVATION XVI

*Pasteur 7884.* — Femme de 22 ans. Non vaccinée T.A.B. Contamination d'origine inconnue.

Le début remonte au 16 septembre 1943, par un syndrome de vomissements et constipation, avec fièvre à 39° et douleurs dans le flanc droit. Elle est soignée pour appendicite.

Puis, elle est hospitalisée dans le service du Professeur Rimbaud.

Le diagnostic de fièvre typhoïde est porté avec une hémoculture positive au bacille d'Eberth. Elle est finalement envoyée à la Clinique Pasteur, elle réalise un état grave avec tendance hémorragique, puis hémorragie digestive, collapsus et mort le 13 octobre 1943.

Au demeurant, la lecture de ces seize observations nous paraît démontrer l'identité à peu près absolue de ces cas de réactions appendiculaires qui impriment au début de la fièvre typhoïde une allure spéciale. Que ces cas donnent lieu à l'appendicectomie ou que celle-ci soit différée dans l'attente d'un diagnostic certain de fièvre typhoïde, les manifestations cliniques en sont identiques et très vraisemblablement aussi la signification et la gravité. De ce qui est observé dans notre second lot d'observations, où l'intervention n'est pas pratiquée, on n'en peut conclure qu'il ne s'agit pas là de manifestations inflammatoires évolutives. Au total, ces manifestations appendiculaires du début de la fièvre typhoïde paraissent traduire un état congestif lymphoïde appendiculaire et ne semblent pas faire redouter l'évolution toxi-infectieuse si grave de certaines appendicites vraies.

Ce qu'on sait, à l'heure actuelle, de la physio-pathologie de la fièvre typhoïde à la suite des travaux de Reilly, peut permettre de penser que dans cette phase initiale il s'agit moins d'une altération inflammatoire du tissu lymphoïde de l'appendice à tendance nécrotique que d'une réaction congestive de ce même tissu, sous une influence nerveuse, par suite de l'irritation des centres ganglionnaires sympathiques par la toxine éberthienne.

3. — LES ÉTATS APPENDICULAIRES  
AU COURS DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE DIAGNOSTIQUÉE  
(*au delà du premier septenaire*)

Comparativement aux formes de début pseudo-appendiculaire de la fièvre typhoïde, les manifestations lésionnelles de cet organe, lors de la phase d'état de la fièvre typhoïde, sont beaucoup plus rares. Nous avons déjà signalé l'importance pré-éminente des formes pseudo-appendiculaires de la fièvre typhoïde, dont nous venons de traiter.

Il n'empêche que l'on peut, pendant l'évolution même de la maladie, observer des réactions appendiculaires dont l'importance ne résidera plus dans le diagnostic, mais surtout dans l'appréciation du degré même de la lésion appendiculaire. S'il existe le plus habituellement au cours du deuxième septenaire des réactions congestives de l'appendice, du moins ne doit-on pas, dès cette phase, perdre de vue la possibilité de la perforation qui caractérise les cas observés à la phase tardive et dont nous réserverons l'étude au prochain paragraphe.

Nous donnerons de ces formes trois observations: observations XVII à XIX.

OBSERVATION XVII

*Pasteur 7278.* — Fille de 4 ans, non vaccinée T.A.B. Contagion par de l'eau impropre.

Le début remonte au 1<sup>er</sup> août 1942, par des vomissements, quelques douleurs abdominales, de la céphalée et de la fièvre.

Hospitalisée le septième jour, la température est à 40, le pouls à 160. L'hémoculture est positive à l'Eberth le jour de l'entrée.

A son entrée, on constate une défense de la paroi abdominale au niveau du flanc droit, avec douleur nette à la palpation de la fosse iliaque droite. Ces phénomènes abdominaux cèdent très vite et font place, dès le 12 août, à des phénomènes encéphalitiques du type extrapyramidal. Exitus le 15 août 1942.

OBSERVATION XVIII

*Pasteur 7720.* — Fille de 18 ans, non vaccinée T.A.B. Origine de la contamination: eau de puits.

Le début commence le 12 juin 1943, par de l'asthénie, courbature, douleurs abdominales. La fièvre monte progressivement les jours suivantes, les douleurs abdominales persistent.

A l'entrée à la Clinique Pasteur, le 24 juin (12<sup>e</sup> jour), il existe des taches rosées, on constate des douleurs très nettes à la palpation, dans la fosse iliaque droite, dans la région de Mac Burney et au niveau du carrefour sous-hépatique.

La maladie évolue sous une forme grave, avec persistance des douleurs appendiculaires et vésiculaires, jusqu'au 20<sup>e</sup> jour environ. L'hémoculture révèle du bacille d'Eberth. L'infection se poursuit grave, avec état méningé, puis rechutes sévères succédant à la poussée initiale et accompagnée d'accidents de collapsus. Guérison.

OBSERVATION XIX

*Pasteur 7878.* — Fille de 21 ans. Vaccinée et T.A.B. Contamination possible par l'eau, peut-être par soins donnés à un malade.

Début de la maladie, premier épisode, remonte au début septembre 1943. Apyrexie dix jours, puis rechute le 28 septembre 1943, réalise une forme intense avec délire.

Le 9 octobre, douleur de la fosse iliaque droite, balonnement abdominal discret, réduction de la matité hépatique. Les troubles persistent les jours suivants, légère récruescence le 13 octobre, qui s'atténue à partir du 16.

Ces signes sont noyés dans l'ensemble de symptômes cardiaques, pulmonaires et généraux d'une dothiéntérie à évolution grave.

L'état fébrile persiste jusqu'au delà du 40<sup>e</sup> jour, puis on assiste, à partir du 50<sup>e</sup> jour, à une récruescence discrète. Evolution favorable.

L'une d'entre elle (observation XVIII) nous montre une alternance de pré-éminence successive des syndromes appendiculaire et vésiculaire qui persistent pendant près de trois semaines.

Mais, dans l'ensemble, il semblerait, tout au moins cliniquement, que ces formes soient plus proches de celles que l'on observe à la phase de début, que de celles de la phase terminale.

4. — LES SYNDROMES DE LA FOSSE ILIAQUE DROITE  
DE LA PHASE TARDIVE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE

*(c'est-à-dire à partir du troisième septenaire)*

Ici, deux remarques essentielles sont à faire :

1° Il s'agit de malades dont le diagnostic de fièvre typhoïde est précisé depuis longtemps, qui sont à la fois à la phase d'amaigrissement avancé et à celle où les redoutables complications de perforation intestinale sont possibles au niveau de l'appendice comme au niveau d'autres endroits que l'appendice.

2° Cette notion préliminaire entraîne la seconde : le diagnostic de siège du syndrome de perforation intestinale ne pourra guère être précisé. La découverte d'une perforation de l'appendice ne se fera qu'à l'intervention faite pour syndrome de perforation. C'est dire que le diagnostic d'appendicite ne sera plus porté à cette phase et qu'il ne sera établi qu'après intervention.

C'est ici le contraire de ce qui se passe pour les formes de début appendiculaire de la fièvre typhoïde où l'on reconnaît la participation appendiculaire en méconnaissant l'origine typhoïdique. Ici, l'on connaît la fièvre typhoïde et l'on redoute sa complication de perforation, mais l'on méconnaît forcément son siège appendiculaire possible.

Quels sont les *symptômes* par lesquels se manifeste ce syndrome de perforation de l'appendice ?

Ce sont ceux de toutes perforations :

Tout d'abord, les manifestations d'ordre général : chute thermique brutale, suivie de réascension et accompagnée d'accélération du pouls, modification du facies qui se tire et se cire.

Ce sont aussi les signes locaux : douleurs spontanées et à la palpation, douleurs persistantes et progressives, mais parfois inconstantes. Le ventre se météorise, il y a arrêt des matières et des gaz. La matité hépatique diminue d'étendue et disparaît. L'examen radiologique, qu'il faut pratiquer de façon précoce, montrera une zone de clarté sous-diaphragmatique. La décision opératoire ne doit pas attendre l'aggravation des symptômes : vomissements répétés, gros ballonnement abdominal, accélération continue du pouls, qui ne peuvent que précéder de peu la tendance au collapsus et à la mort.

En réalité, c'est un problème très difficile que de fixer avec précision le moment exact de la perforation et, par conséquent, de déterminer l'indication opératoire avant l'apparition des signes péritonéaux.

Nous donnons de cette forme une observation typique que nous reproduisons ci-dessous :

#### OBSERVATION XX

*Pasteur 4523.* — Femme de 46 ans, non vaccinée T.A.B. Origine de la contamination inconnue.

Entre à la Clinique Pasteur le 17 septembre 1939, au 10<sup>e</sup> jour d'une fièvre typhoïde à bacille d'Eberth. Apyrexie au 20<sup>e</sup> jour d'une évolution simple, rechute le 22<sup>e</sup> jour et réalisation d'une forme sévère avec petits signes de myocardite ; puis, le 8 octobre (au 31<sup>e</sup> jour de la maladie), douleurs brusques dans la fosse iliaque droite, température à 40, pouls à 140. L'abdomen est légèrement contracturé et douloureux, la matité hépatique a disparu.

L'intervention est pratiquée, sous anesthésie locale, le même jour. On trouve un liquide séro-sanguinolent malodorant dans le péritoine, des anses intestinales dilatées, fausses membranes entourant le cæcum qu'on peut détacher facilement, l'appendice est volumineux, dur, tendu et présente une perforation à l'union des deux tiers de sa longueur avec le tiers distal. Un liquide fétide et verdâtre s'en échappe. Mèches de gaze et drains.

Les jours suivants, état ataxo-adyynamique avec délire intense et escarres extensives. L'évolution abdominale est favorable les premiers jours; puis, le 19 octobre (42<sup>e</sup> jour de la maladie), issue d'un liquide marron, très nauséabond, faisant penser à une fistule intestinale. Aggravation de l'état général et mort au 43<sup>e</sup> jour de la maladie, et au 12<sup>e</sup> jour après l'intervention.

Nous avons déjà signalé que la constatation du syndrome de perforation est loin d'impliquer obligatoirement son siège appendiculaire. Il peut y avoir deux sortes d'erreurs:

Le plus souvent, on ne peut préciser le siège appendiculaire de la perforation;

Dans d'autres circonstances, la localisation précise des symptômes à la fosse iliaque droite fait augurer d'un siège appendiculaire qu'une intervention viendra infirmer.

Notre observation XXI en est un exemple typique.

#### OBSERVATION XXI

*Pasteur 7383.* — Femme de 34 ans, non vaccinée T.A.B., contaminée par de l'eau de puits.

Elle réalise une fièvre typhoïde sévère, pour laquelle elle entre, au neuvième jour, à la Clinique Pasteur, le 29 octobre 1942.

L'hémoculture donne du bacille d'Eberth.

Dès le 3 novembre (14<sup>e</sup> jour), douleurs abdominales; pas de nausées, quelques selles diarrhéiques. A la palpation, douleur de la fosse iliaque droite, matité hépatique conservée. La température est à 40°; à noter que le matin de ce jour il s'était produit une chute thermique à 37°8. Le 4 novembre, la température est à 39° et le pouls à 146. Elle est allée à la selle dans la nuit.

L'examen révèle une contracture légère mais nette de la fosse iliaque droite, avec douleurs à la palpation. La matité hépatique

est légèrement réduite. Le toucher vaginal montre des culs-de-sac souples et indolores.

Quelques heures après, douleurs plus vives, vomissements, pouls à 160.

Intervention deux heures après, par le Docteur Nègre; il trouve trois perforations: une sur le cæcum et deux sur la charnière iléo-cæcale.

Les jours suivants, la température est au-dessous de 38 et la malade paraît présenter une légère tendance à l'amélioration.

Le 12 novembre, un syndrome d'occlusion se déclare, à début brusque, obligeant à une nouvelle intervention, qui révèle une péritonite généralisée, due probablement à une perforation.

La mort survient le 13 novembre, à 5 heures du matin.

Mais il est d'autres causes d'erreur de diagnostic et nous donnons à titre d'exemple deux faits où une lésion appendiculaire fut soupçonnée alors que la cause du syndrome était toute différente. Par exemple, notre observation XXII, où il s'agit de myosite du muscle grand droit droit, et notre observation XXIII, où le syndrome abdominal relevait d'une occlusion par anomalie mésentérique congénitale.

#### OBSERVATION XXII

*Pasteur 7566.* — Fille de 21 ans, non vaccinée T.A.B., contamination intra-hospitalière (séjour pour sacro coxalgie droite).

Elle entre, le 1<sup>er</sup> mars 1943, à la Clinique Pasteur, au douzième jour d'une fièvre typhoïde, démontrée par une hémoculture et un séro-diagnostic positifs tous les deux au bacille d'Eberth.

Ce même jour se déclare une douleur de la fosse iliaque droite, nette à la palpation. Cette douleur persiste les jours suivants. Puis, accroissement brusque et important des phénomènes douloureux, le 5 mars (16<sup>e</sup> jour), avec défense locale, voussure légère de la fosse iliaque droite, œdème pariétal. La matité hépatique est nettement diminuée; on appelle en consultation chirurgicale le Docteur Gros (chef de Clinique, service du Professeur Lapeyre). On trouve une douleur strictement localisée dans la région para-ombilicale, sur le muscle grand droit droit. Toucher vaginal indolore.

Examen radiologique: pas d'image claire sous-diaphragmatique.

Diagnostic: myosite du grand droit droit.

Sédation rapide de ces troubles.

Evolution simple de la dothiéntérie et guérison.

OBSERVATION XXIII

*Pasteur* 3006. — Garçon de 14 ans. Non vacciné T.A.B.  
Contamination familiale.

Il entre à la Clinique Pasteur le quinzième jour d'un état fébrile, en raison duquel l'hémoculture avait révélé du bacille d'Eberth. La maladie évolue simplement jusqu'au 22<sup>e</sup> jour. Mais, dès lors, apparaissent des douleurs abdominales, avec vomissements fréquents et facies grippé, qui s'accompagnent de douleur nette provoquée par la palpation, tantôt au point de Mac Burney, tantôt au carrefour hépato-vésiculaire.

Cependant, du 23<sup>e</sup> jour au 31<sup>e</sup> jour, la fièvre cède en lysis et l'apyrexie est totale dès le 32<sup>e</sup> jour.

Les manifestations intestinales persistent cependant, qui amènent à pratiquer un toucher rectal et des explorations radiologiques, au moyen de liquides opaques introduits par voie rectale et par voie buccale. On note que l'estomac ne se vide pas dans le duodénum et on en conclue à l'existence d'un obstacle.

Le soir: intervention chirurgicale d'urgence par le Docteur Lapeyrie (le 56<sup>e</sup> jour de la maladie), qui révèle une occlusion par hernie de l'intestin grêle, due à une anomalie mésentérique, vraisemblablement congénitale.

Suites normales et guérison.

La lecture de ces observations confirme donc la notion de la difficulté du diagnostic de pareils syndromes. Elle confirme aussi la gravité de ces syndromes de perforations dont le pronostic opératoire demeure toujours incertain.

Ajoutons, à propos du syndrome de perforation, la notion de l'existence possible, mais rare, des formes ambulatoires de la fièvre typhoïde qui, volontiers, marquent leur début par une perforation qui est favorisée par la persistance d'une alimentation normale. Dans de tels faits, le diagnostic porté est constamment celui d'appendicite per-

forée: l'intervention chirurgicale révèle l'origine dothiénentérique signée par la constatation de perforations multiples de plaques de Peyer.

Nous arrêtons là ce chapitre d'étude clinique des formes appendiculaires de la fièvre typhoïde, nous avons été amené à mêler souvent description clinique et diagnostic: ces deux éléments de l'analyse médicale se trouvant en effet dans la pratique souvent confondus devant de pareils cas.

---

## CHAPITRE V

### DIAGNOSTIC

### ET SIGNIFICATION PRONOSTIQUE

Nous venons de rappeler que, constamment, nous avons été appelé à traiter du diagnostic de pareils cas, à propos de la description clinique. Il est difficile, en effet, de les séparer.

Sans revenir sur les éléments symptomatiques du diagnostic, nous schématiserons ici les conditions dans lesquelles il doit être porté et ses difficultés réelles.

En fait, il est deux groupes de cas :

1° Celui où le diagnostic de la fièvre typhoïde n'est pas encore connu et où les manifestations appendiculaires font partie intégrante ou parfois pré-éminente des signes de début. Le diagnostic de dothiémentérie est encore difficile et le laboratoire — hormis l'examen hématologique — est hors d'état d'apporter encore des renseignements si l'on ne parvient à gagner du temps. Nous avons dit plus haut l'importance des signes fonctionnels et généraux qui accompagnent le syndrome appendiculaire.

2° Le second groupe de faits correspond aux cas où le diagnostic de fièvre typhoïde étant porté, on se trouve en

présence de manifestations évoquant l'appendicite, mais, dès lors, il n'y a plus qu'une chose qui importe: c'est la recherche des signes péritonéaux, et le diagnostic dévie vers celui de la perforation. Nous en avons antérieurement rappelé les grands symptômes en insistant sur les difficultés d'une certitude précoce qui, seule, peut permettre une intervention efficace.

La signification pronostique que comportent ces manifestations appendiculaires de la fièvre typhoïde est éminemment variable, suivant deux circonstances: le syndrome pseudo-appendiculaire précoce ou manifestation appendiculaire plus tardive:

1° Le syndrome appendiculaire précoce forme de début de la maladie, paraît dénué de tendance évolutive, à tel point que la plupart des chirurgiens, lorsqu'ils en reconnaissent l'origine dothiésentérique, préfèrent s'abstenir.

A six cas opérés, notre statistique oppose dix cas non opérés, au cours desquels l'évolution fut favorable et même au cours desquels les signes locaux s'atténuèrent très vite avec la fin du premier septenaire. Nous avons dit plus haut les lésions physio-pathologiques qui peuvent expliquer une assez grande partie de ces faits.

2° Les syndromes appendiculaires tardifs, et ce, d'autant plus qu'ils sont plus tardifs, sont des syndromes de perforation et, par là même, leur signification est extrêmement fâcheuse, malgré la possibilité de l'intervention, si précoce soit-elle. Cette gravité extrême s'oppose sans aucun doute à la bénignité du syndrome appendiculaire du début de la maladie.

Et il faut ici remarquer qu'aucun des sujets, relativement très peu nombreux d'ailleurs, qui ont présenté une perfo-

ration tardive de leur appendice, n'avaient ce phénomène appendiculaire au début de la maladie.

Ajoutons que les syndromes appendiculaires observés à la phase d'état au cours du deuxième septenaire paraissent participer, suivant les cas et suivant leur précocité plus ou moins grande, soit à la bénignité du syndrome appendiculaire du début, soit à la gravité du syndrome de perforation tardive.

Ainsi, on doit, au total, retenir l'évolution habituellement favorable du syndrome appendiculaire initial de la fièvre typhoïde qui s'oppose au pronostic extrêmement fâcheux des formes heureusement beaucoup plus rares des formes d'appendicite avec perforation de la phase tardive.

---

## CHAPITRE VI

### INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Il n'est pas de thérapeutique médicale de l'appendicite et le problème, en face d'une réaction appendiculaire, se pose toujours de porter ou non l'indication opératoire.

Notre expérience, à la suite d'une étude des cas de fièvre typhoïde avec syndrome appendiculaire, observés à la Clinique Pasteur, peut s'exprimer ainsi :

1° En face d'un syndrome appendiculaire marquant le début d'une fièvre typhoïde et qui garde le caractère de bénignité constant de cette phase, la ligne de conduite semble devoir être de confirmer le diagnostic de dothiéntérie en s'abstenant de tout acte opératoire. Ceci, naturellement, avec contrôle rigoureux de l'état du malade. C'est la ligne de conduite qui est constamment suivie à la Clinique Pasteur, ainsi d'ailleurs que dans les services de chirurgie générale et de chirurgie des enfants qui collaborent avec la clinique.

2° Dans les phases ultérieures de la maladie, la constatation de réactions appendiculaires ne peut qu'amener à une surveillance rigoureuse du malade dans la recherche

des signes de perforation qui, eux, constitueront l'indication opératoire indispensable et formelle.

Nous retrouvons ici la même dualité constatée à propos du diagnostic et du pronostic, entre les formes initiales et les formes tardives du syndrome appendiculaire de la fièvre typhoïde.

---

## CONCLUSIONS

I. — La constitution anatomique de l'appendice par sa richesse en follicules lymphoïdes, analogue à celle des plaques de Peyer intestinales, explique la participation de cet organe aux lésions de la fièvre typhoïde et quelquefois la réalisation d'états appendiculaires dont l'intensité peut aller de la simple réaction congestive jusqu'au syndrome de perforation.

II. — En clinique, le syndrome appendiculaire se rencontre dans la fièvre typhoïde avec une fréquence relative: 15,4 % des cas sur 545 fièvres typhoïdes observées à la Clinique Pasteur. Il s'exprime dans des circonstances diverses:

A) Le syndrome d'appendiculalgie discrète (11,19 % des cas sur nos 545 fièvres typhoïdes) répond à de petites réactions douloureuses sans autre intérêt clinique.

B) Les autres cas de syndrome appendiculaire au cours de la fièvre typhoïde retiendront seuls notre attention. Nous les avons observé dans 4,22 % des cas (parmi nos 545 fièvres typhoïdes).

1° Le syndrome de *début pseudo-appendiculaire* de la dothiéntérie constitue l'expression la plus fréquente et la plus importante de la participation de l'appendice à cette affection.

Véritable appendiculotyphus, la méconnaissance de la dothiésentérie y est fréquente. Sur seize cas observés à la Clinique Pasteur, six avaient donné lieu à une intervention chirurgicale. Les dix autres cas où il ne fut pas pratiqué l'appendicectomie, ont eu tous une évolution favorable avec disparition du syndrome appendiculaire en moins de dix jours.

2° L'ensemble des autres faits du syndrome de la fosse iliaque droite au cours de la fièvre typhoïde correspond aux manifestations observées dans le cours de la fièvre typhoïde déjà diagnostiquée. Les plus précoces s'apparentent aux formes du début pseudo-appendiculaire. Au fur et à mesure qu'elles sont plus tardives, ces formes appendiculaires sont celles de perforations (siégeant ou non sur l'appendice) et elles comportent toute la gravité du pronostic attaché à la perforation intestinale.

III. — Le diagnostic de l'origine dothiésentérique est souvent difficile pour les formes de début où l'on doit se fonder beaucoup plus sur les signes fonctionnels et généraux d'accompagnement que sur les réactions de laboratoire souvent négatives à cette phase.

Dans les phases plus tardives, le diagnostic de dothiésentérie est connu, c'est celui de la perforation qui doit être fait de la façon la plus précoce.

IV. — La ligne de conduite est strictement parallèle à la gravité de ces différentes formes :

1° Les formes initiales d'évolution bénigne nécessitent uniquement l'expectative attentive ;

2° Les formes tardives correspondant à des possibilités de perforation ne connaissent qu'une thérapeutique : l'intervention chirurgicale précoce.

## BIBLIOGRAPHIE

### A

- ARAMI. — *Pratique Médicale française*, juin 1932.
- ADAM. — Febris enterica perityphlitis recovery (*Australas Med. Journ.*, 1887, ix, p. 182).
- ALDRICH. — Appendicitis and typhoid fever (*Cleveland Med. Gaz.*, janvier 1901).
- ALEXANDROFF. — Laparotomie dans un cas de perforation appendiculaire typhoïdique (*Journal de Clinique et de Thérapeutique infant.*, 30 août 1894, II, p. 262).
- ALRICH et PEPPER. — A case of typhoid fever complic. by typhlis (*Univ. Med. Philadelphia*, 1890).
- ALQUIER. — *Semaine Médicale*, 1903.
- ANDART. — Psoïtis consécutif à une perforation du cæcum au cours d'une appendicite typhique (*Gaz. Hebd.*, 1901, n° 53).
- ANDERSON. — The complications of typhoid fever (*Interval. Med. Journ. of Australia*, 1907).
- ANDERSON et ARCY-POWER. — An interesting case of intestinal perforation in typhoid fever complicated by appendicitis operation recovery (*Pacific Journ.*, 1902, n° 10).

- ANGHEL. — Etude sur la pathogénie de l'appendicite (*Thèse de Paris*, 1897).
- ANNICK. — *John Hopkin's Hosp. Bull.*, 1905.
- ARMSTRONG. — *In thèse François*, Paris, 1904.
- ARNAUDOFF. — Contribution à l'étude des formes au début de la F. T. simulant l'appendicite aiguë (*Thèse Montpellier*, 1934-35).
- ARNETH et LANGER. — Über 100 Fälle von Unterleibstypus; mit besonderer Berücksichtigung der leichteren Erkrankungen (*Beitr. Z. Klinik d. Infektionskrankh.*, 1918, tome 6, p. 6 et 26).
- AUSTIN. — Typhoid infections of the appendix (*New-York Med. Journ.*, 1906, II, p. 425).
- AVERY. — Appendicitis complicated with typhoid fever (*Saint-Louis Med. Rev.*, 1906, p. 61).
- AZÉMA et SERR. — Perforation de l'appendice au cours d'une fièvre typhoïde (*Toulouse Médical*, 1905).

## B

- BANZET. — Fièvre typhoïde et Appendicite (*La Clinique*, Paris, 1911).
- BARBE. — Etude clinique sur certaines formes de perforation de l'intestin grêle; importance du diagnostic précoce (*Thèse de Paris*, 1895).
- BARKLEY. — Some observations on acute and chronic appendicitis (*Surg Gyn. and Obstetri*, 1908, n° 1).
- BARLING. — The ingleby lecture on appendicitis (*Brit. Med. Journ.*, 1895, p. 1135).
- BARNSBY. — *Thèse de Paris*, 1898.
- BAYET. — Appendicite et F. typhoïde (*Thèse de Paris*, 1901).

BEAUSSENAT. — *Thèse de Paris*, 1897.

BEHREND. — Case of typhoid fever complicated by appendicitis (*St-Louis Med. and Surg. Journ.*, 1905, n° 24).

BENSAUDE. — *Thèse de Paris*, 1897.

BÉRARD et VIGNARD. — *Traité de l'Appendicite*.

BERNHEIM. — Un cas d'appendicite typhique (*Soc. Méd. de Nancy*, 1895-96, p. 30).

BERNARD. — *Sem. Méd.*, 1903.

BERNARD-MILONE. — Typhlite aiguë et chronique, et leur rapport avec l'appendicite (*Arch. Malad. Appareil digest.*, nov. 1930).

BERNSTEIN. — Typhoid fever complicated by gangreneous appendix (*Ann. Intern. Med.*, fév. 1930, p. 835).

BEZANÇON-WIDAL. — *Traité de Pathologie de Bouchard*, t. VI.

BLANC. — *Thèse de Paris*, 1899.

BLUM. — Le laboratoire dans le diagnostic de la F. typhoïde. (*Sem. Méd.*, 1907, p. 433).

BLUMER. — Report of a case typhoid fever with perforation through and old appendicitis scar. (*Yale Med. Journ. New-Haven*, 1908-1909, t. xv, p. 477).

BOPPE. — A propos d'un cas de typho-colite aiguë (*Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, 16 juin 1928).

BOSSARD. — Uber die Verschwarung und Durchbohrung des Wurmfortsatzes (*In Diss Zurich*, 1869).

BOULAND. — Considération clinique sur une série de cas de fièvre typhoïde (*Thèse Paris*, 1899).

BOUQUET DE JOLINIÈE. — Appendicite et typhus abdominal (*Thèse d'Alger*, 1935).

BOUTECOU. — Abdominal section for ruptured typhoid ulcer and for intestinal obstruction (7 obs.). (*Journ. of Am. Assoc.*, 28 janv. 1888, p. 106).

- BOVERLY Mac MONAGLE. — *Journ. of Americ Med. Assoc.*  
(*Californie, Acad. of Med.*).
- BRISAUD. — *Pratique Médicale française*, juin 1932.
- BOX et WALLACE. — Appendicitis with profuse intestinal  
hemorrhage closely resembling typhoid fever (*Lancet*, 1903, 1, p. 1588).
- BRESLER. — Ruhr, typhus, paratyphus, sowie Bacterium  
coli infektion nach neuerer Forschung (Halle,  
1912).
- BRIGGES. — The differential diagnosis of typhoid fever  
(*Journ. of Amer. Med. Assoc.*, 17 mars 1902).
- BROCA. — L'Appendicite (*Actualité Médicale*).
- BRUSCALUPI. — Ascenso post-tifoso del nuselo iliaco dextro  
simulante un flemmone periappendicolare (*Cesalpino, Areso*, 1905, 1, p. 32).
- BRUN. — *In Traité des Maladies des Enfants* (Grancher,  
Comby et Marfan).
- BUHL. — Mitteilungen aus der Pfenferschen Klinik.  
(*Zeitschr. f. rat. Med.*, 1854).
- BULL. — Observations on chronic relapsing appendicitis  
(*Med. Record, New-York*, 1893).
- A case of typhoid fever in which and operation was  
done for supposed appendicitis (*Med. Rec. New-York*, 1901, 1, p. 873).
- BUSCARLET. — Pérityphlite à marche anormale. Péritonite  
généralisée. Laparotomie. Guérison avec fistule  
non stercorale. Issue d'un corps étranger un an  
après (*IX<sup>e</sup> Congrès de Chirurgie*, 1895, p. 256).

## C

- CADILHAC. — Appendicite, Fièvre typhoïde (*Montpellier  
Méd.*, 13 janv. 1906).

- CAMPBELL. — Points of similitary and difference in the onset of typhoïd fever and appendicitis (*Brooklyn Med. Journ.*, déc. 1902).
- CANTEGRIE et RIENEAU. — Perforation de l'appendice au cours de la fièvre typhoïde (*Toulouse Médical*, mars 1932).
- CARTER. — Perforating typhoïd ulcer of appendix (*Transat. of the Path. Soc. of Philadelphia*, 1898, p. 38).
- CASSUTO. — Les abcès du foie d'origine typhique (*Thèse de Paris*, 1900).
- CAVAZZANI. — Enterorragia precoce nel tifo abdominale (*Riv. Crit. di Clin. Med.*, 1906, n° 6).
- CAZIN. — Des indications opératoires fournies par l'examen du sang dans l'appendicite à chaud (*Sem. Méd.*, 1902, p. 361).
- *XV<sup>e</sup> Congrès de Chirurgie*, 1902.
- CELLES. — Des abcès paratyphiques (*Journ. Med. de Bordeaux*, 1913, p. 341).
- CHAPPEL. — *Thèse de Toulouse*, 1931-32.
- CHAPUT. — Perforation de l'intestin grêle typhique (*Gaz. des Hôp.*, 1903, p. 77).
- CHARPENAY. — Deux cas de F. typhoïde à début appendiculaire (*Loire Méd.*, St-Etienne, 1907, p. 204).
- CHOMEL. — *In thèse Gouronnec*, Paris, 1884.
- CHOSSON. — Appendicite aiguë suivie de typhoïde (*Marseille Médical*, n° 9, 25 mars 1936, p. 409-406).
- CHRISTELLER. — Art. « Typhus abdominalis ». *In Traité d'Anatom. Pathol.* de Henke et Lubarsch (t. iv-2, p. 511).
- CHUHCH. — Observation on typhoïd fever (*St-Bartholomew's Hosp.*, 1881, 17, p. 114).

- CICATERRI. — Sull' appendicula tifo (*Polichlini*, Roma, 1907, xiv, p. 1537).
- CLAVEL et VIDAL. — Les séquelles appendiculaires de la fièvre typhoïde (*Lyon Méd.*, 30 avril 1933).
- CLÉMENT. — *Lyon Médical*, avril 1933.
- COLEY. — Chronic peritonitis following typhoid fever simulating appendicitis laparotomy recovery (*New-York Med. Journ.*, 1891, 53, p. 75).
- CONTE. — Appendicite typhique (*Polichlinico*, sez. pratica, 24 septembre 1934, p. 1503-1505).
- CORDIER. — Appendicitis complicating typhoid fever (*Therap. Digest. Kansas-City*, 1899, 1, p. 75).
- COULOMB. — Lésions appendiculaires dans la F. typhoïde (*Thèse de Paris*, 1899).
- CRAMER. — Narben von Darmgeschwüren nach typhus abdominalis (*Wochenschr. f. d. ges. Heilk.*, 1835, 1, p. 289).
- CROWEL. — The chief intestinal lesions encountered in one thousand consecutive autopsies in Manila (*Philippine Journ. of Sciences*, 1905-129, p. 818).
- CUMMINS et BROWN. — Atypical typhoid infection.
- CUSTOMS (Ch.). — The clinical aspect and differential diagnosis of appendicitis and typhoid (*Amer. Journ. of Med. Sciences*, mai 1905).

## D

- DAHLGREN. — Diagnostika Swarigheter vid vissa fall af febris typhoid och epityphlitis (Difficulté du diagnostic dans des cas de fièvre typhoïde et d'appendicite) (*Hygiea*, mai 1902).

DEAVER. — The necessity for prompt surgical interference in typhoid perforation, also in typhoid fever complicated by appendicitis (*Amer. Journ. of Med. Sciences*, 1898, cxv, p. 189).

— L'appendicite (Philadelphie, 1913).

DELANGLADE. — *Soc. de Chir. de Marseille et Rev. de Chir.*, 1908, 38, p. 176.

DELATOUR. — *Med. Rev. New-York*, 1915, p. 423.

DEVIC et TROUILLEUF. — Deux cas mortels de F. typhoïde (*Rev. de Méd.*, 1908, 28, p. 895).

DIEULAFOY. — *Académie de Médecine* (séance du 20 oct. 1896).

— *Manuel de Pathologie interne*; articles « Appendicites et Fièvre typhoïde ».

— Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. Les péritonites de la F. typhoïde (*Presse Méd.*, 28 oct. 1896).

— F. typhoïde simulant l'appendicite, opération, mort (*Presse Méd.*, 1901, n° 13).

DIVARIS. — *La Médecine internat. illustrée* (n° 1, fév. 1928).

— Un cas d'appendicite pseudo-typhique (*La Renaissance médico-chirurgicale*, nov. 1927, n° 14).

DOR (J.). — Perforation appendiculaire au cours d'une F. typhoïde (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Marseille*, juin-juillet 1935).

— Perforation appendiculaire au décours de la fièvre typhoïde (*Soc. Chir. de Marseille*, juillet 1935).

DUBOUCHER. — *In Bulletin et Mém. de la Soc. de Chirurgie*, 1924, p. 1007.

DUCASSE. — *Thèse de Paris*, 1883.

DUMAS. — L'hémoculture dans l'appendicite (*Thèse Lyon*, 1914).

DUPLAY. — *Thèse de Montpellier*, 1919.

DUPUY DE FRENELLE. — *Journ. de Méd. de Paris*, avril 1927.

## E

EHRlich. — *Zeits für Klin. Medecin*, 1882 (*Deutsch. Med. Woch*, 1883-84).

ELMER. — Acute appendicitis in typhoid fever (*Ann. of Surg.*, 1910, 51, p. 742).

## F

FACKLER. — Typhlitis typhosa and its treatment with salicylate of sodium (*Cincinnati Lancet Clin.*, 1890, 25, p. 585).

FAISANS. — *Soc. Méd. des Hôp.*, 24 mars 1900.

FERGUSON. — Appendicitis following typhoid fever (*British Med. Journ.*, juin 1928).

FERRARI. — *In Bulletins et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1924.

FIRMEY. — *John Hopkins's Hosp. Bull.*, may 1897.

FISCHLER. — *Mund Med. Wochenschrift*, 1911.

*Fichiers du Monde Médical* (précieux renseignements, tous nos remerciements).

FITZ. — Perforating inflammation of the vermiform appendix with special reference to its early diagnosis and treatment (*Amer. Journ. of the Med. Sciences*, 1896, p. 321).

FRANÇOIS. — L'appendicite au cours de la F. typhoïde (*Thèse de Paris*, 1904).

FRENKEL. — Appendicite aiguë et F. typhoïde, erreur de diagnostic (*Munchener Mediz., Munich*, 8 août 1930, p. 1359).

- FRISCH. — Typhus abdominalis in stadium der Ausheilung der geschwüre, Tod infolge von perforation einer ulcerationsstelle im Wurmfortsatz (*Wien und Leipzig*, 1896, t. III, 1023).
- FUHRMANN. — Nicht erkante Dünndarmperforation nach typhus ambulatorius (*Med. Clin.*, 1916, p. 419).

**G**

- GAGE. — Acute appendicitis occurring in the course of typhoid fever (*Ann. of Surg.*, 1915, p. 146).
- GARCIN. — *Thèse Lyon*, 1892.
- GAUDIER. — Appendicite typhoïdique (*Echo Méd. du Nord*, Lille, 1905, 9, p. 321).
- GIBBON. — Appendicitis during typhoid fever (*Ann. of Surg.*, 1905, 42, p. 612).
- GIOSEFFI. — Die abdominal typhusepidemie in Jahre, 1905, in Pola und dem Umgebungsgebiet (*Wiener Klin. Wochenschr.*, 1906, p. 1142).
- GIOSEFFI. — Un caso di appendiculo-tifo (*Policlin.*, Roma, 1908, XV, p. 219).
- GLINDZIE. — La péritonite dans la F. typhoïde (*Thèse Paris*, 1880).
- GOIE (LE). — Deux cas de F. typhoïde à localisation anormales (*Rev. de Méd.*, 1903, n° 4).
- GORDON (Mlle). — L'appendicite chez l'enfant (*Thèse Paris*, 1897).
- GOURONNEC. — De la typhlite et de la pérityphlite dans leurs rapports avec la F. typhoïde (*Thèse de Paris*, 1881).
- GRAFF. — Pathologisch anatomische Beiträge zur Pathogenese des typhus abdominalis (Eberth) (*Deutsche Arch. f. Klin. Med.*, 1918).

GRAFF. — Die formale Entwicklung der Darmveränderungen beim typhus abdominalis (*Frei. Med. Ges.*, 13, 2, 1917).

GRAFF (Siegfried). — Pathologisch Anatomie des typhus abdominalis (Eberth) (*Uebersichtsreferat Med. Klin.*, 1927).

GRASSET. — *Montpellier Médical*, 1907.

GRUBER. — Appendicite compliquée de F. typhoïde (*Lyon Méd.*, 1907, p. 528).

GUÉNEAU DE MUSSY. — *Clinique Médicale* (t. III, p. 318, 1884).

GUILLAUME. — Appendicite colotyphlite et pérityphlite (*Gaz. des Hôp.*, 1925).

GUINARD. — *In thèse Coulomb*, Paris, 1899.

— Article « Appendicite » (*Traité de Chirurgie de Le Dentu et Delbet*, t. 7, p. 464).

## H

HALL. — The association appendicitis and typhoid fever (*Transact Colorado. Med. Soc. Deuver*, 1896, p. 161).

HAMMOND. — The surgical relation of the vermiform appendix to perforation in typhoid fever (*Proceed of the Philadelphia County Med. Soc.*, 1904).

HARE. — Appendicitis in typhoid fever (*Transact of the Associe. of Amer. Phys.*, 1900, 15).

HARPER. — Early operation in appendicitis by country practitioner, report of case probably caused by typhoid infection (*Philadelphia Med. Journ.*, 1900, p. 193).

- HARTE. — Appendicitis in typhoid fever (*Ann. of Surg.*, 1905, p. 612).
- HASE. — *The Med. Nems.*, 21 juillet 1900.
- HAWKINS. — Perforation of the intestine in typhoid fever (*Lancet*, 1893, II, p. 245).
- HAYEM. — Du sang.
- HAYS. — Eperience in the surgery of typhoid perforation (*Pensylvania Med. Journ.*, 1907-08, p. 255).
- HEFFTLER. — Ein Fall von perforativer typhoser Appendizitis (opérée par Trojanow). (*Protokoll d. Wissensch. Ver. d. Arzte d. Studt. Obuchonkruakenh. Sitzung*. 10 octobre 1899).
- HERRERA. — Las appendicitis tifoideas con appendicitis (*Rev. Med. du Chili*, 1905, 33, p. 140).
- HESSE. — Über Wechselbeziehungen des abdominaltyphus und der akuten appendizitis.
- HÈZE. — *Arch. Prov. de Méd.*, 1900.
- HOCQUETTE. — Manifestations appendiculaires au début de la F. typhoïde (*Thèse de Lille*, 1906).
- HOFFMANN. — Untersuchungen über die pathologisch-anatomischen veränderungen beim abdominaltyphus (Bâle, 1869).
- HOLMAN. — Report of case of appendicitis wit cholecystitis of typhoid origin. (*Amer. Med.*, 1903, p. 446).
- HOLSCHER. — Über komplikationen bei 2.000 fallen von letalem abdominaltyphus (*Munsch. Med. Wochenschr.*, part. 38, p. 43, 1891).
- MOOPER May. — Specimen of a grangrenous appendix case. His condition resembled typhoid fever very strongly (*British Med. Journ.*, 1900, II, 1532).
- HOPFENHAUSSEN (Mlle). — *Revue Médicale de la Suisse romande* (fév. 1899, 19, 105).
- *Journ. de Chirurgie*, 2 février 1911,
- *Journ. de Chirurgie*, 1930,

HOUBE. — *Thèse de Paris*, 1896.

HUTINEL. — Etude sur la convalescence et les rechutes de la fièvre typhoïde (*Thèse d'agrégation*, Paris, 1883).

## J

JABOULAY. — *Lyon Médical*, 1898, n° 88.

JACCOUD. — *Pathologie interne*, t. III.

JACOB. — Contribution à l'étude de l'appendicite (*Thèse Paris*, 1893).

JAHRESBERICHT. — Über die Klinische Abteilung de Spirals, Basel, 1892, p. 68.

— Paratyphlischer abszess nach perforation eines typhusgeswürs des Wurmfortsatzes.

JALAGUIER. — *Bull. Méd.*, juin-août 1895.

— *Bull. de l'Académie de Méd.*, 16 mai 1896.

— *Bull. de la Soc. de Chirurgie*, 2 décembre 1896.

JOPSON. — Acute gangrenous appendicitis in typhoid fever simulating perforation (*Ann. of Surg.*, 1905, 42, p. 738).

JOSIAS. — *Bull. de l'Acad. de Médecine*, Paris, 1904.

— *Pédiatrie pratique*, Lille, 1905.

## K

KAMINER. — Contribution à l'étude de l'appendicite au cours de la fièvre typhoïde. (*Thèse Montpellier*, 1941-1942).

KELLY et HURDON. — The vermiform appendix and its diseases (Philadelphie et Londres, 1905).

- KELYNACK. — A contribution to the pathology of the vermiform appendix (Londres, 1893).
- KINKBSIDE. — *Times and Register*, oct. 1891. Rapport de Talamon, 1892.
- KOHN. — Ein parazokaler posttyphoser spatabzess (*Prager Med. Wochenschr.* 1901, n° 28).
- KRAUSE. — Zur pathologie der Typhusbazillenträger (*Brauer Bütr. z. Klin. d. Infectiouskrankh.*, 1916, p. 78).

## L

- LABASTE. — De quelques complications de la convalescence de la F. typhoïde (*Thèse Lyon*, 1882).
- LAIGNEL-LAVASTINE. — *Soc. Anat.*, nov. 1900.  
— *Soc. Méd. des Hôp.*, 19 avril 1901.
- LANGHELD. — Zur atiologie des Perityphlitis (*In Diss.*, Berlin, 1890).
- LANNELONGUE et GAILLARD. — *Semaine Médicale*, 19 juin 1890.
- LANNOIS. — *Revue de Médecine*, 1895, 15, p. 909.
- LAUREATI. — Un caso di appendiculo-typho (*Polichin.*, Roma, 1911, p. 784).
- LEEDHOM-GREEN. — Appendicitis in typhoid fever (*Lancet*, 1907, 1, p. 356).
- LEFÈVRE. — Typhoïde simulant l'appendicite. (*Soc. Chim. Toulouse*, 28 avril 1928).
- LEFÈVRE, NADINE. — La fièvre typhoïde dans la première enfance (Toulouse, 1939).
- LEGRAIN. — Contribution à l'étude des maladies de l'appendice iléo-cæcale (*Thèse de Paris*, 1875).
- LEGUEN. — L'appendicite.

- LEJARS. — Appendicite et F. typhoïde (*Semaine Médicale*, 4 oct. 1906).
- LEMAIRE. — Trois cas de colite ulcéreuse de nature typhique (dont une observation de perforation appendiculaire) (*Algérie Médicale*, août 1934, p. 583).
- LERAT. — Le traitement des péritonites aiguës généralisées et des abcès multiples d'origine appendiculaire (*Gaz. des Hôp.*, 1910, p. 1491).
- LETULLE et WEINBERG. — L'appendicite, recherches histopathologiques (*Arch. Les Scienc. Méd.*, 1897).
- LEUDET. — Recherches sur l'ulcération et la perforation du gros intestin, consécutive à la F. typhoïde. (*Bull. de l'Acad. de Méd.*, 1859, 2, p. 129 et 315).
- Recherches anatomo-pathologiques et cliniques sur l'ulcération et la perforation de l'appendice iléo-cæcal (*Arch. Gén. de Méd.*, 1859, 2, p. 129 et 315).
- LÉVÈQUE. — Des complications dans la convalescence de la fièvre typhoïde (*Thèse de Paris*, 1881).
- LE WALD. — An unusual lesion of the intestine in typhoid fever (*Proced of the New-York Path. Soc.*, 1889, p. 208).
- LIEK. — Du protrahierte kolotyphus mit Ausgang in todlichen Marasmus (*Med. Klin. Pat.*, 23, 1920).
- LIPPMANN. — Über pseudoappendizitis, insbesondere über das Krankheitsbild des nervösen Darmspasmus (*Mitteil a. d. Grenzgeb d. Med. U. Chir.*, 1920, 32, p. 164).
- LOBLIGEON. — *Soc de Pédiâtrie*, mai 1901.
- LOEPER et OPPENHEIM. — *Gaz. des Hôpitaux*, 25 mai 1901.

**M**

- MAC ADORY. — Appendicitis in connection with typhoid (*Port Graduate*, New-York, 1910, xxv).
- MAC HALE. — Acute suppurative perforating appendicitis complicating typhoid (*Med. Fornightly*, St-Louis, 10 oct. 1928).
- MAC KILLOP. — Appendicitis and enteric fever coïncidently (*Australas Med. Gaz.*, 1912).
- MAC MONAGLE. — Appendicitis during typhoid (*Amer. Journ. of the Med. Assoc.*, 1901, 1, p. 836).
- MADELUNG. — *In Neue Deutsche Chirurgie*, 1923.
- MADER. — Typhus abdominalis, Tod durch perforation des processus vermicularis (*Wiener Med. Blatter*, 1884, p. 424).
- MALESPINE. — Observations pour servir à l'histoire des lésions de l'appendicite vermiculaire et du cæcum (*Arch. Gén. de Méd.*, 1841, 6, p. 33).
- MARE et RAP. — Appendizitis bei gleichzeitigen typhus (*Wiener Med. Wochenschr.*, 1911, p. 968).
- MARTINEZ. — *Thèse de Paris*, 1891.
- MASSABUAU et GUIBAL. — *Montpellier Médical*, 15 mars 1932.
- MASSABUAU, GUIBAL, JOYEUX et DROUET. — Appendicite et F. typhoïde. Considérations à propos de trois observations personnelles (*Arch. Soc. des Scienc. Méd. et Biol. de Montpel. et du Languedoc Méditerranéen*, mars 1937).
- MASBREINER. — *Thèse de Paris*, 1900.
- MAUGNER. — La perforation typhique de l'intestin et de se annexes (*Thèse Paris*, 1900).

- MOURANGE. — F. typhoïde à début anormal, prise pour une appendicite à forme hypertoxique, traitée par l'intervention chirurgicale précoce et terminée par la guérison. (*Gaz. Hebd.*, 1899, p. 925).
- MAYER. — Appendicite paratyphique (*Mitteil a. d. Grenzget. der Med. u. Chir.*, 1934, 43, p. 550).
- MELOCCHI. — Appendicite typhique simulant une appendicite aiguë (*Policlin. sez. prat.*, 40, p. 1688, 23 oct. 1933).
- MENCARELLI. — L'appendicite dans les infections typhiques et paratyphiques (*Arch. per le Scienze Med.*, janvier 1929).
- MERKEL. — Zur pathologischen anatomie des Typhus in Feldheer (Rapport basé sur 352 autopsies) (*Münschen Med. Wochenschr.*, 1919).
- MERKLEN et JALAGUIER. — *Traité de Chirurgie*: article « Appendicite » (1899).
- MILLARD. — Perforation du cæcum survenue le 45<sup>e</sup> jour d'une fièvre typhoïde (*Union Méd.*, 1877, 23, p. 455).
- MOFFAT. — A case of typhoid perforation of the appendix (*Med. Rec.*, New-York, 1907, II, p. 57).
- MOIROUD et AVIERINOS. — Perforation de l'appendice au cours d'une fièvre typhoïde (*Bull. de la Soc. Nat. de Chir.*, 1931).
- MOIZARD. — La fièvre typhoïde à début brusque, simulant l'appendicite (*Journ. Méd. et de Chir. prat.*, juillet 1899).
- MOLVEAUX. — L'appendicite comme complication de la F. typhoïde. (*Thèse de Paris*, 1907).
- MONDOR (H.). — Perforation de l'appendice au cours d'une F. typhoïde (*Prat. Méd. Franç.*, n° 10, juin 1932).

- MONDOR. — Diagnostic urgents, abdomen (Masson).  
— *Bull. de la Soc. Nat. de Chir.*, déc. 1931.
- MONOD et WARWERTS. — *Rev. de Chir.*, mars 1897.
- MORA (J.). — *Thèse de Bordeaux*, 1928.
- MOORE. — Case of ulcérations of vermiform appendix in typhoid fever (*Transact of the Path. Soc. of London*, 1883, 34, p. 113).
- MOORIS. — *New-York Med. Journ.*, 8 avril 1899.
- MORAWITZ (P.). — Typhus and typhysartige Erkrankungen (*München Med.*, 1932, 79).
- MORIN. — Des perforations intestinales typhiques (*Thèse Paris*, 1889).
- MOTTA-COCO. — *Gaz. Méd. de Turin*, 1899, n° 10 et 11.
- MOUCHET. — *Bull. Soc. Nat. Chir.*, n° 28 (28 nov. 1924).
- MUEHLECK. — *Philadelphie Med. Journ.*, 20 mai 1899.
- MUHSAM. — *Berl. Klin. Woch.*, 1899, n° 31.  
— Zur Differential diagnose der appendizitis und des typhus (*Deutsche Med. Wochen Schr.*, 1901, p. 534).
- MURCHISSON. — Enteric fever perforation of the appendix (*Transact of the pathologie soc. of London*, 1866, 17, p. 127).

## N

- NATIN-MOSTO. — Appendicite et F. typhoïde (*Semana Medica*, 25 fév., 1932, n° 8).
- NEEL. — Case of typhoid complicated by appendicitis (*Surg. Gynec. and Obstetr.*, 1907, p. 547).
- NÈGRE-RAYNAUD. — *Presse Médicale*, 1911, p. 680.
- NGUYEN VAN BON. — L'appendicite et la fièvre typhoïde (*Thèse de Bordeaux*, 1934-1935).

- NICOLAS (Henri). — Dothiésentérie et Appendicite (*Thèse Paris*, 1934).
- NOTY. — Appendicite et F. typhoïde (*Ecko Méd. du Nord*, Lille, 1906, x, p. 337).
- NOWICKY. — Appendicite et yphoïde (*Lowowski Tygodnik Lekarski*, 1909).



- OLIVER. — Typhoid fever and appendicitis (*Lancet Cincinnati*, 1905, p. 124).
- OPPENHAUSEN. — *Revue Méd. Suisse*, février 1899.
- ORTINER. — Uber Typhus, Paratyphus (péri-appendicite typhique) (*Med. Klin.*, 1914, p. 1585).
- OSLER. — Extensive abscessis in the mesentery following typhoid fever; perforation of the appendix vermiformis (*Montréal Gen. Hosp. Path. Rep.*, 1877, I, p. 65).

## P

- PALLIÉRI. — Un raro caso di cistinappendicolare postifica (*Rev. di Chir.*, Como, 1924, III, p. 89).
- PARIDEAUS. — *Bruxelles Méd.*, 1927.
- PARSONS. — Appendicitis due to bacillus typhosus (*New-Orleans Med. and Surg. Journ.*, 1927, juin, p. 893).
- PATER. — Laryngo-typhoïde avec lésion étendue du gros intestin et de l'appendice cæcale (*Bull. et Mém. de la Soc. Anat. de Paris*, 1904, p. 38).
- PERRONNE. — Appendicite et F. typhoïde (*Rev. de Chir.*, 1905, p. 728).

PICCHI. — *Experimentale*, LV, 1.

PICHERDY-PICK. — Résection de l'appendice au cours de la fièvre typhoïde (*Clinical Soc. of London*, 1898).

PIERACCINI. — *Experimentale*, LV, 1.

PIQUET-POREZ. — Appendicite et F. typhoïde (*Nord Méd.*, n° 703, 1<sup>er</sup> juin 1929, p. 416).



QUERVAIN (DE). — Des erreurs de diagnostic dans l'appendicite (*Revue Médicale de la Suisse Romande*, 1913).

QUÉNU. — Les perforations typhiques (*Bull. Méd.*, 9 fév. 1910).

## R

RAMIREZ (A.). — Un caso de perforaision intestinal tifica y de apendicitis del mismo origen (*Rev. Mex. de Cir. Gineco. y Cancer*, 8: 481, 483, nov. 1940).

RAMM (M.-G.). — Typhoïd and appendicitis (*Sovet Khir.*, n° 5, 6; 701-706, 1904).

RAMOND. — Etude sur la F. typhoïde expérimentale (*Thèse de Paris*, 1898).

RANQUE. — Péritonite et F. typhoïde (*Thèse de Paris*, 1881).

RATNER. — L'appendicite comme complication de la F. typhoïde (*Russki Wratsch.*, 1905, p. 772).

RENDER. — Typhoïd fever simulating appendicitis (*Med. and Surg. Journ.*, 1901).

RENDU. — F. typhoïde simulant l'appendicite (*Semaine Méd.*, 6 février 1901, p. 41).

- RIBADEAU-DUMAS et PÉRINEAU. — Entéro-colite éberthienne, gangrène du cæcum et de l'appendice (*Bull. de la Soc. de Pédiâtrie de Paris*, 1909, p. 437).
- RICHARDSON. — Typhoid fever v. s. appendicitis (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 1901).
- Remarks of the diagnosis between acute appendicitis and some atypical cases of typhoid fever (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 1902).
- RICKETTS. — Report of case of operation for appendicitis followed by typhoid fever (*Cincinnati Lancet Clin.*, 1890, p. 539).
- RIDWAY. — Two cases of typhoid infection of appendix (*Kentucky Med. Journ.*, 1913).
- RIVIER. — Diazo-réaction (*Thèse de Paris*, 1898).
- ROBERTS. — Perforating typhoid appendicitis (*Ann. of Surg.*, 1906, 44, p. 308).
- ROLLESTON. — A case of perforation of the vermiform appendix in the course of ambulatory typhoid fever (*Transact. of the Clin. Soc. of London*, 1898, 31, p. 234).
- ROSE. — Appendicitis associated with paratyphoid fever (*Arch. of Pediatrics*, déc. 1931).
- ROSENTHAL. — *Zentralblatt für Chirurgie* (t. L, VII, 28 juin 1930).
- ROSTOWZEW. — Über die epidemische Natur der perityphlitis und deren Beziehungen zu Influenza und anderen Infektionskrankheiten (*Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.*, 1906, 15, p. 564).
- ROUHIER. — Appendicite à la guerre, appendicite et F. typhoïde (*Bull. de la Soc. de Chirurgie*, 10 oct. 1917; *Presse Méd.*, 1917, p. 602).
- ROUTIER. — Pathogénie de l'appendicite (*Sem. Médicale*, 1897, p. 6).

**S**

- SABRAZES (J.). — *Traité du Sang*, t. I et III, 1913, 1932.  
— Importance de l'examen du sang dans l'appendicite  
(*Clinique et Laboratoire*, 20 mai 1933).
- SACQUEPÉE. — *Arch. Gén. de Méd.*, 1902, et *Mélitococcie,  
in Maladies infectieuses*, de R. Widal.
- SAILER. — Typhoid ulcer in the appendix (*Proceed of the  
Path. Soc. Philadelphia*, 1898, p. 104).
- SAINT-JACQUES. — De l'appendicite hypertoxique évoluant  
sous le masque d'entérite infectieuse (*Union Méd.  
du Canada*, Montréal, 1925).
- SANDS. — Appendicite au cours d'une fièvre typhoïde  
(*Amer. Med. Monthly*, 1857, t. 7, p. 231. Référ.  
dans Kelly et Hurdon, p. 433).
- SANTY. — Complications cæcales et péricæcales de la F.  
typhoïde (*Lyon Chirurgical*, janv. 1929).
- SCHLOTZ. — Appendicitis typhosa (*Deutsche Med. Wochen-  
schr.*, 1915, p. 331).
- SCHRADER. — Erreur de diagnostic fréquents dans la F.  
typhoïde (*Munch Med. Rocheus*, n° 36, 2 sept.  
1932; *La Presse Méd.*, n° 87, 29 déc. 1932).
- SCHUCHT (R.). — Pseudo-appendicite d'origine typhique  
(*La Presse Médicale d'Egypte*, n° 394, mars 1937).
- SÊGURA et BOARI. — Deux cas de pseudo-appendicite typhi-  
que (*Revue de l'Association Méd. Argentine*,  
juin 1933, p. 2660).
- SEIBERT. — Typhoid al appendicitis in children (*Arch. of  
Pediatr.*, septembre 1902).
- SERGEANT. — *Presse Médicale*, octobre 1899.  
— *Bulletin de Médecine*, février 1901.
- SICARD. . . *Presse Médicale*, octobre 1901.

- SIMON. — Fièvre typhoïde à début appendiculaire. (*Bull. de la Soc. de Pédiâtrie de Paris*, 1904, p. 100).
- SIMONIN. — *Société Médicale des Hôpitaux*, 27 déc. 1901.
- SIRON. — *Thèse de Paris*, 1898.
- SKELTON. — Typhoid appendicitis (*New-York Med. Journ.*, 1917).
- SOLCARD et P. BADELON. — Fièvre typhoïde à début appendiculaire chez un noir (*Mém. Acad. de Chir.*, 63; 532-534, avril 1939).
- SONNENBURG. — Pathologie und therapie der peri-typhlitis (appendicitis simplex and perforation). (*D. Z. F. Chir.*, Bd. 38, 1894, p. 155).
- « Pathologie und therapie der peri-typhlitis Appendicitis », 7, Umgearbeitete Auflage, Leipzig, 1913.
- SPENCER. — Septic peritonitis occuring early in the course of typhoid fever apart. form. perforation (*Transact of the Clin. Soc. of London*, 1906, 39, p. 59).
- STEEL. — A case of enteric fever, complicated by perforation peritonitis and relapse. Recrovyrey (*Britisch Med. Journ.*, 1897, I, p. 13).
- STOKES et AMIK. — Appendicite typhoïdique (*John Hopkin's Hosp. Bull.*, août 1905).
- SUMPTER. — Appendicitis with concurrent typhoid (*Journ. of Tennessee State Med. Ass.*, sept. 1911).

## T

- TALAMON. — L'appendicite (Paris, 1892).
- THELWALL-THOMAS. — Operations during Typhoid fever: one for perforation and one for appendicitis of which terminated in recovery (*Lancet*, 1907, I, p. 92).

THIRIAL. — *Union Médicale*, 1853, n° 83, 84, 85.

THIRION. — Péritonite suppurée de la région iléo-cæcale au cours d'une fièvre typhoïde sans perforation. Mort par péritonite généralisée (*Journ. des Sciences de Méd. de Lille*, 1905, p. 496).

THOMAS. — The abdominal complications and sequelae of typhoid fever (*Univer of Pensylvania Bull.*, 1907, 15, p. 79).

TOUSSAINT. — Péritonite et phlébite d'origine appendiculo-intestinale au cours de la F. typhoïde (*Rev. Gén. de Clin. et de Thérap.*, Paris, 1912, p. 497).

TRIPPIER et PAVIOT. — L'appendicite par infection générale (*Semaine Médicale*, 1899, p. 73).

TROUSSEAU. — Cliniques médicales.

TUFFIER. — *Semaine Médicale*, 26 juin 1901.

— Valeur séméiologique de l'examen du sang (XVII<sup>e</sup> Congrès de Chirurgie, Paris, 1904).

## V

VACCHI. — Storia di peritonite diffusa mortale cagionata da ulcerazione e perforamento dell'appendice vermiforme del coeco (*Ann. Univers. di Med.*, 1845, 113, p. 5).

VIDAL. — Appendicite et typhoïde (*Thèse de Lyon*, 1932).

VIGNARD et BÉRARD. — De l'appendicite.

## W

WALDER. — Über die typhusepidemie in Kloten (*Berliner Klin. Wochenschr.*, 1878, p. 597).

- WALTER. — Some unusual features and complications occurring in typhoid fever (appendicitis simulating typhoid fever (*Amer. Med.*, 1908, p. 585).
- WALTHER. — Ein Fall von appendicitis im Verlauf eines abdominaltyphus (cas opéré par Trojanow). (Protokoll der Wssensch. Ver der Ärzte des Stadt. Obuchow-Krankenhauses. St-Pétersbourg. 1896).
- Un cas d'appendicite paratyphique (*Bull. de l'Acad. de Méd.*, Paris, 1913).
- WARFIELD. — Appendicitis complicating typhoid fever with remarks on intestinal perforation during typhoid fever (*Interst. Med. Journ.*, Saint-Louis, 1910, p. 920).
- WEIL-HALLE et BENDA. — F. typhoid à début de pseudo-appendicite et évolution atypique (*Sem. des Hôp. de Paris*, 1925, I, p. 129).
- WEISS. — Differential diagnosis betwendabdominal typhoid and appendicitis by means of iodine reaction (*Amer. Journ. of the Med. Assoc.*, 1900, II, p. 1321).
- WEISENBACH. — *Pratique Méd. Franç.* juin 1932.
- WICKSBURG. — Appendicitis due to bacillus typhosus (*New-Orleans Medical and Surgical Journal*, vol. 79, n° 12, juin 1927).
- WICKSBURG. — *New-Orléans Med. and Surgery Journal*, juin 1927.
- WIDAL, ABRAMI, BRISSAUD et WEISSENBACH. — *Bull. de l'Acad. de Méd.*, 22 oct. 1912.
- WIDAL. — *Soc. Méd. des Hôpitaux*, 12 avril 1901.
- WILDE. — *Britisch Med. Journ.*, 1930,
- WILLIAMS. — Acute appendicitis occurring on the eighth day of a typhoid fever (*Med. Rec.*, New-York, 1904, p. 897).

WINSLOW. — The diagnosis of appendicitis in early typhoid fever (*Ann. of Surg.*, nov. 1915, n° 5).

WOLFSOHN. — Appendicitis nach typhus (*Berliner Klin. Wochenschr.*, 1915, p. 872).

WORMSER. — Du début brusque de la fièvre typhoïde (*Thèse Paris*, 1901).

## Y

YATES. — Peritonitis in typhoid fever without perforation with a report of one case caused by the bacillus typhosus and an other simulating acute appendicitis (*Amer. Med.*, 1903, p. 700).

## Z

ZAGARI. — Appendicite et forme anormale di febbre typhoïde (*Reforma Med.*, 1901, xvii, p. 386).

ZERLAND. — *Thèse de Paris*, 1899.

---

## S E R M E N T

---

*En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.*

En ma qualité de Censeur de tour,  
j'ai lu la Thèse ayant pour titre:

*Appendicite et Fièvre typhoïde.*  
*(Erreur de diagnostic).*

par M. Mahmoud ABID.

Je pense que la Faculté peut en  
permettre l'impression.

Montpellier, le 20 mai 1943.

*Le Professeur:*

JANBON.

VU :

Montpellier, le 6 décembre 1943.

*Le Doyen,*

GIRAUD.

Vu et permis d'imprimer:

Montpellier, le 9 décembre 1943.

*Le Recteur:*

BOUSSAGOL.

---

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.



